FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

N° 359

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 29 juillet 1892, à 9 heures

PAR

René GALARD

Né à Paimbœuf le 7 avril 1868

DE

L'ÉPITHÉLIOME AUX DIVERS AGES

Président : M. LABOULBÈNE, *professeur.*

Juges : MM. OLLIVIER, *professeur.* MARIE, NÉLATON, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

N° 359

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 29 juillet 1892, à 9 heures

PAR

René GALARD

Né à Paimbœuf le 7 avril 1868

DE

L'ÉPITHÉLIOME AUX DIVERS AGES

Président : M. LABOULBÈNE, *professeur.*

Juges : MM. OLLIVIER, *professeur*, MARIE, NELATON, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	**MM.**
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TILLAUX.
Pharmacologie	G. POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS G. SEE.
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. PETER
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL. LE FORT. DUPLAY LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER PINARD

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY et PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	ROBIN Albert
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des travaux anatomiques	SCHWARTZ.
BLANCHARD.	HANOT.	POUCHET.	SEGOND.
BRISSAUD.	HUTINEL.	QUENU.	TUFFIER.
BRUN.	JALAGUIER.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
CAMPENON.	KIRMISSON.	RETTERER.	WEISS
CHANTEMESSE	LETULLE.	REYNIER.	
CHAUFFARD	MARIE.	RIBEMONT-DESSAIGNES	
DEJERINE.	MAYGRIER.	RICARD.	
FAUCONNIER.	NELATON.		

Le secrétaire de la Faculté ; CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

A MON EXCELLENT MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERT MALHERBE

Professeur d'anatomie pathologique à l'Ecole de Médecine de Nantes
Chirurgien des Hôpitaux

A MES MAITRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS

de l'Ecole de plein d'exercice de Nantes

MESSIEURS LES MÉDECINS ET LES CHIRURGIENS
DES HOPITAUX

DE L'ÉPITHÉLIOME AUX DIVERS AGES

INTRODUCTION

L'Ecole de Médecine de Nantes possède une collection de tumeurs d'une grande richesse.

Plus de quinze cents néoplasmes de toutes sortes recueillis depuis vingt ans au laboratoire d'anatomie pathologique, ont été étudiés par notre excellent et savant maître M. le professeur A. Malherbe, ou sous sa direction, et décrits dans les bulletins de la société anatomique de cette ville.

Cette magnifique collection, véritable trésor scientifique, a déjà inspiré plusieurs thèses très remarquées soutenues ces dernières années.

A notre tour nous avons voulu y puiser.

Parmi les nombreux sujets d'étude qui s'offraient à nous, M. A. Malherbe nous a conseillé de rechercher la fréquence des différentes espèces d'épithéliômes suivant les âges, c'est à cette étude que nous consacrerons nos efforts.

Nous passerons en revue tous les épithéliômes présentés de 1870 à 1892 à la Société anatomique de Nantes. — Pour obtenir une statistique roulant sur un nombre de cas encore plus considérable, nous réunirons de même tous les épithéliômes consignés dans les Bulletins de la

société anatomique de Paris pendant ces 22 dernières années.

Notre plan sera des plus simples.

Dans unpremier chapitre, après quelques mots sur l'épithéliôme et sa définition, nous limiterons ce que nous entendons par ce terme ; puis éloignant les adénomes et les endothéliômes nous donnerons la classification que nous suivons. — Cette classification établie, nous chercherons l'âge auquel apparaît l'épithéliôme engénéral; nous donnerons à ce propos toutes les statistiques de cancer suivant les âges, parues tant en France qu'à l'étranger.

Nous exposerons ensuite la nôtre, puis les réunissant toutes dans un même tableau nous obtiendrons une statistique basée sur un nombre considérable de néoplasmes, ce sera plutôt une curiosité, l'intérêt s'attache surtout à l'âge des espèces, c'est surtout sur ce dernier point que nous insisterons. — Nous nous efforcerons enfin de voir si l'âge a une influence appréciable soit sur la structure, soit sur la marche de ces tumeurs.

Le second chapitre sera réservé à l'exposé de nos tableaux. — Chaque tumeur rentrera, selon son sous genre et son espèce,dans le cadre correspondant à l'époque de son évolution.

La vie y sera divisée par période de 10 ans, ce qui permettera d'envisager d'un coup d'œil les âges différents auxquels certains genres et certaines espèces ont tendance à se développer.

Au troisième chapitre nous analyserons le tableau des différentes espèces de carcinome, au point de vue de l'in-

fluence de l'âge sur la structure et la marche de ces tumeurs.

Dans un quatrième chapitre nous étudierons sur le même cadre les épithéliômes cylindriques, lobulés, tubulés, diffus, calcifiés, polymorphes, et intraglandulaires.

Enfin nous formulerons nos conclusions.

Et maintenant qu'il nous soit permis d'adresser à notre cher maître M. le professeur A. Malherbe l'expression de notre profonde gratitude pour le bienveillant intérêt qu'il nous a témoigné, après nous avoir suggéré l'idée de ce travail, il a été pour nous un guide que nous ne saurions trop remercier pour les excellentes leçons que nous avons toujours reçues de lui.

Un devoir bien doux à remplir nous reste encore, celui d'exprimer notre gratitude à nos premiers maîtres MM. les Professeurs de l'Ecole de plein exercice de médecine de Nantes, MM. les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Nantes pour les excellents préceptes que nous avons puisés à leur enseignement pendant le cours de nos études médicales.

Que M. le professeur Laboulbène veuille bien agréer l'expression de nos sentiments les plus respectueux et notre plus vive gratitude pour l'honneur qu'il a daigné nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Les épithéliomes sont des tumeurs composées de masses épithéliales, à cellules métatypiques, soutenues par une trame de nature conjonctive. Effectivement l'élément capital est constitué par des cellules, qui tantôt ont conservé franchement les caractères d'un épithélium, tantôt présentent un aspect un peu différent et sont alors désignées sous le nom d'épithélioïdes.

Ce qui donne le cachet particulier aux cellules des épithéliomes c'est la déviation du type que présentent ces cellules par rapport aux cellules épithéliales du tissu matrice. C'est en raison de cette déviation qu'on leur donne le nom de cellules métatypiques et c'est ce qui constitue la différence entre les épithéliomes et les adénomes.

La trame conjonctive du carcinome peut être consti-

tuée par l'un quelconque des tissus dits de substance conjonctive, soit séparés, soit réunis dans la même tumeur. Ainsi la trame peut être embryonnaire, muqueuse ou fibreuse; elle peut présenter des noyaux cartilagineux, osseux, et même de véritables tuniques de tissu élastique autour des masses épithéliales.

Pour donner une idée générale de l'épithéliome et de ses diverses espèces il convient d'envisager les rapports des cellules et des masses cellulaires avec la trame (1).

Tantôt les cellules parfaitement soudées entre elles, forment des espèces de lobules dont le centre subit la transformation épidermique ; ces lobules, très voisins les uns des autres sont séparés par des travées assez volumineuses de tissu embryonnaire, muqueux ou fibreux, on y rencontre même assez fréquemment de grandes quantités de tissu élastique néoformé. — (E. lobulé).

Dans d'autres cas au contraire les cellules à peine soudées les unes au autres, n'adhèrent que peu ou point à la trame, sont soutenues par un réseau alvéolaire, on a alors affaire à un carcinome, c'est-à-dire à l'espèce où la production néoplasique s'éloigne le plus du type de l'organe qui lui a donné naissance. Ces deux exemples suffiront pour montrer la variété des dispositions qu'on peut rencontrer dans les épithéliomes c'est sur ces variétés morphologiques que nous baserons la classification des

1. Dans certain cas il est cependant absolument impossible en se basant sur la morphologie de séparer nettement l'adenome de l'épithéliome cylindrique.—Ainsi,on observe fréquemment dans l'ovaire et quelquefois dans le rectum des tumeurs à épithélium caliciforme que l'on serait tenté de considérer comme un épithéliome bénin au premier chef et qui sont cependant parfaitement susceptibles de récidiver et de se généraliser.

tumeurs du genre épithéliome ; mais auparavant nous tenons à tracer bien nettement les frontières de l'épithéliome par rapport aux tumeurs qui l'avoisinent ; les adénomes d'une part, les endothéliomes d'autre part.

L'adénome est la reproduction typique d'une glande ; les cellules ont le même caractère que les normales et continuent à secréter.

Tout au plus admettons-nous une certaine hypertrophie.

Quant à l'endothéliome c'est un groupe encore mal connu de néoplasmes, nous y faisons rentrer les psammomes de Wirchow (Sarcome angiolithique de Cornil et Ranvier. — Endothéliome de Lancereaux) quelques tumeurs bizarres et fort rares du cervelet (1), et encore quelques tumeurs des centres nerveux encore insuffisamment étudiées. En tout cas la morphologie des cellules endothéliales unies et plates, l'origine de la néoplasie aux dépens de l'endothélium vasculaire ou d'une séreuse, l'absence de trame connective nette, établissent bien la ligne de démarcation. Peut-être y a-t-il lieu de voir dans certaines formes d'endothéliome, des tumeurs de transition entre la néoplasie épithéliale et la néoplasie connective, comme par exemple entre le sarcome et l'épithéliome.

Eloignant donc de notre classification les adénomes et les endothéliomes nous ne conserverons que les tumeurs composées de masses épithéliales à cellules métatypiques soutenues par une trame de nature conjonctive. En un

1. Toché, *Thèse de Paris*, 1888.

mot nous ne considérerons comme faisant partie des épithéliomes, que les tumeurs dont les cellules présentent une déviation du type permettant de les distinguer de celles qui primitivement leur ont donné naissance.

Une classification de tumeurs basée sur la seule anatomie pathologique conduit forcément à placer dans le même groupe des productions qui au point de vue pathologique et clinique diffèrent beaucoup les unes des autres; mais cela est inévitable et se retrouve dans toutes les classifications d'Histoire Naturelle.

La nature du genre sera fournie par la structure générale de la tumeur; par exemple, tout néoplasme constitué par des masses épithéliales à cellules métatypiques contenues dans un réseau de nature conjonctive sera un épithéliome.

Les variations soit de la trame, soit des cellules, formeront les sous-genres et les espèces. Ainsi, la disposition alvéolaire de la trame nous permettra de constituer le sous-genre carcinome, comprenant lui-même plusieurs espèces et variétés basées sur l'importance relative de la trame et des cellules, sur les caractères de ces cellules; sur leur pigmentation. C'est en se servant de cette méthode que notre savant maître, Monsieur le professeur Malherbe, est arrivé à classer toutes les variétés de tumeurs épithéliales observées jusqu'ici. Cette classification a de plus l'avantage de pouvoir admettre dans ses cadres, toute production épithéliale présentant des caractères non encore décrits, aussi l'adopterons-nous dans ce travail.

Classification

Genre	Sous genres	Espèces	Variétés
ÉPITHÉLIOME	Epithéliome alvéolaire ou carcinome	Encephaloïdes ou médullaires	Hématode
		Squirrheux ou fibreux	Ligneux, atrophique
		Colloïde	
		Mélanique	
		A trame ostéoïd.	
	Ep. pavimenteux	Ep. lobulé	A trame fibreuse — embryonnaire — perlé
		Ep. tubulé	A trame fibreuse — embryonnaire — muqueuse
		Ep. diffus	
		Ep. calcifié	A trame osseuse fibreuse
	Ep. cylindrique		
	Ep. polymorphe		
	Intr. glandulaire		

Cette classification établie, nous nous proposons de chercher d'abord l'âge auquel apparaît l'épithéliome en général, ce sera plutôt comme curiosité, l'intérêt s'attache surtout à l'âge des espèces que nous exposerons ensuite.

Les bulletins de la Société anatomique de Paris de 1870 à la fin de l'année 1891 contiennent **519** tumeurs du genre épithéliome. — Le genre, sous-genre, et l'espèce, avec l'âge du malade est noté dans **292** cas, ce qui permet de les ranger dans les cadres de notre tableau.

192 portent uniquement la désignation du genre sans

mentionner celle de l'espèce, mais indiquent à quelle période de la vie elles sont apparues.

Enfin, pour **35** tumeurs, l'espèce est déterminée, mais l'âge d'apparition n'est pas mentionné.

Les bulletins de la Société anatomique de Nantes, de 1870 à 1891, nous offrent **767** tumeurs.

452 dont l'espèce a été déterminée et l'âge du malade enregistré.

147 dont nous connaissons l'époque d'apparition et le genre mais dont l'espèce n'a pas été indiquée.

168, au contraire, où l'espèce a été déterminée mais qui ne portent aucune mention de l'époque de la vie à laquelle elles se sont développées.

Nous possédons donc **519** épithéliomes provenant des Bulletins de la Société anatomique de Paris et **767** tumeurs du même genre décrites dans les Bulletins de la Société anatomique de Nantes, soit un total de **1,286**.

Laissons de côté les 35 épithéliomes des Bulletins de Paris et les 168 tumeurs de même nature des Bulletins de Nantes, l'âge des malades qui en furent atteints n'étant pas indiqué.

Il nous reste pour Paris 484 épithéliomes et pour Nantes 599, soit un total de 1,083.

Le nombre élevé que Nantes nous fournit relativement à Paris pourrait étonner à première vue. Il vient de ce que depuis vingt ans, les néoplasmes enlevés par les professeurs de l'Ecole et les chirurgiens des hôpitaux, soit dans leur pratique hospitalière, soit dans leur clientèle privée, sont tous envoyés, selon le désir de M. A. Malherbe, au laboratoire d'histologie, pour y être étudiés.

Voici, pris dans leur ensemble, leur mode de répartition aux différents âges :

	Nantes	Paris	Total
De 1 à 10 ans	5	1	6
10 20	9	3	12
20 30	19	20	39
30 40	45	57	102
40 50	141	93	234
50 60	153	121	274
60 70	145	110	255
70 80	72	53	125
80 90	9	7	16
Total	598	465	1063

Nous le voyons, l'épithéliome appartient à la deuxième moitié de la vie et sa plus grande fréquence est entre 50 et 60 ans.

Mais si l'on tient compte de la diminution progressive de la population, on reconnaît que l'aptitude à contracter cette affection, loin de s'affaiblir avec l'âge a tendance à augmenter.

Nous donnons ici toutes les statistiques que nous avons pu réunir sur les cancers, tant en France qu'à l'étranger.

La statistique de King (1) parue dans le *London medical Gazette* de 1845 repose sur 1,000 autopsies, dans lesquelles l'auteur a procédé à l'examen des différents organes. Il ressort des conclusions de ce dernier que le nombre des cancers va en augmentant depuis le bas-âge

1. King. Fréquence du cancer suivant les âges et les sexes. *London méd. Gazette*, 1845 ; *Gazette médicale*, 1846, p. 276.

jusqu'à 44 ans, époque à laquelle il présente son maximum de fréquence.

Tanchou (1), dans son Mémoire sur la fréquence du cancer, adressé à l'Académie des sciences en 1843, arrive à peu près aux mêmes conclusions.

Breslau a donné un tableau de la mortalité par tumeurs malignes, suivant les âges, comprenant 3,144 décès par tumeurs, observés dans le canton de Zurich, nous le reproduisons textuellement :

De	0 à	1 an,	il y a eu	11 décès.
	2	10	—	15
	10	20	—	17
	21	30	—	72
	31	40	—	231
	41	50	—	572
	51	60	—	909
	61	70	—	947
	71	80	—	348
	81	90	—	21
	Au-delà		—	1

Maximum de fréquence de 60 à 70 ans.

Veit réunissant les statistiques de Lever, Kirvisch, Lebert, Chiari, Scanzoni, montre que 446 cas se divisent ainsi qu'il suit :

De 20 à	30 ans,	26	soit 6 0/0	des cas.
31	40	119	27,1	—
41	50	172	39,2	—
51	60	85	19,5	—

1. Tanchou. De la fréquence du cancer, 1843 ; Mémoire adressé à l'Académie des sciences. — *Gazette médicale*, 1843, p. 488.

61 70	30	6,9	—
Au-delà	4	1,1	—

Ici le chiffre le plus élevé est entre 40 et 50 ans.

Velpeau répartit ainsi 675 cas :

De 30 à 40	68
40 50	216
50 60	229
60 80	118

Ici au contraire, maximum de 50 à 60.

Birket, sur 458 cas, compte :

30 à 40	100
40 50	193
50 60	97
60 70	34

Maximum entre 40 et 50.

Si nous réunissons ces quatre dernières statistiques, nous obtenons un total de 4,570 cas, ainsi répartis :

De 1 à 10 ans,	26
10 20	17
20 30	98
30 40	518
40 50	1,153
50 60	1,320
60 70	1,129
70 80	352
80 90	21

C'est donc de 50 à 60 ans que nous trouvons la plus grande quantité de cancers.

Quelques-unes de ces statistiques ont sans doute paru à une époque où sous le titre de cancers pouvaient alors

se glisser quelques néoplasmes qui depuis en ont été séparés.

Cependant, nous le voyons, le résultat est fort voisin du nôtre. En effet, les 1,083 tumeurs qui figurent dans notre tableau présentent un maximum de fréquence entre 50 et 60 ans.

Si nous réunissons notre statistique à toutes celles que nous venons de mentionner, nous pouvons présenter 5,653 cas de cancers ainsi répartis :

De 1	à 10 ans,	32
10	20	29
20	30	137
30	40	620
40	50	1,387
50	60	1,594
60	70	1,384
70	80	477
80	90	37
90		1

Nous le voyons, c'est entre 50 et 60 ans que se présente le plus grand nombre de cancers, soit un total de 1,594. — Nous ne nous arrêterons pas plus longtemps sur ce sujet ; c'est plutôt comme curiosité que nous présentons cette statistique générale ; l'intérêt réside surtout dans l'âge des espèces.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur les cas qui composent notre propre statistique, nous constatons que l'époque de l'apparition de ces épithéliomes paraît avoir une influence remarquable sur leur marche et sur leur forme. — En effet, ceux qui débutent dans le jeune

âge, à l'exception des épithéliomes calcifiés, suivent en général une marche plus rapide. Le carcinome encéphaloïde paraît être celui qu'on observe dans l'âge le moins avancé. — Il semble enfin qu'on puisse poser cette règle générale, que l'application précoce du carcinome implique une rapidité de développement et de là une malignité plus grande (1). Les néoplasmes qui apparaissent à une époque déjà avancée de la vie, semblent au contraire suivre une marche plus lente et entraîner une bénignité relative.

D'un autre côté, ces tumeurs qui débutent à un âge peu avancé, reconnues comme nous venons de le dire, par les cliniciens pour malignes, appartiennent en général à des formes plus embryonnaires, et les formes relativement bénignes de la vieillesse à des types se rapprochant davantage des formes adultes. — Cette donnée n'est d'ailleurs pas nouvelle et il y a longtemps que l'on a dit que, d'une façon générale, une tumeur était d'autant plus maligne, en clinique, que sa structure anatomique était plus embryonnaire. — Cette loi ne se présente d'une manière absolue que si l'on compare les formes embryonnaires et les formes adultes d'un même tissu ; elle cesse d'être vraie si l'on compare entre elles des tumeurs de type différent. Il est possible d'ailleurs de donner une explication absolument plausible de cette différence constante de malignité et de bénignité qui sépare les formes embryonnaires des formes adultes. — La

1. Cette assertion vraie pour le carcinome n'est pas aussi exacte pour les autres espèces d'épithéliomes.

malignité s'accuse en effet par deux caractères qui lui sont propres : la rapidité plus grande de l'accroissement local et la production d'une généralisation à distance.

Or ces deux faits sont connexes et reconnaissent une cause commune : la prolifération cellulaire qui ne dépasse pas les étapes évolutives inférieures, est précisément celle qui doit être à la fois et la plus rapide et la plus tumultueuse de leur vie ; et les cellules vieillies qui prédominent dans les formes adultes sont celles qui sont précisément perdues pour la reproduction ; de là l'accroissement incomparablement plus rapide des formes embryonnaires.

D'autre part, les cellules des formes embryonnaires restent jeunes et ne parviennent pas à secréter les substances intercellulaires diverses qui soudent en une masse plus ou moins compacte les cellules du tissu adulte ; de là leur départ plus facile dans les voies circulatoires lymphatiques ou sanguines.

De plus, ces cellules jeunes, ainsi emportées, sont dans les meilleures conditions de vitalité et de reproduction ; elles se greffent facilement là où les porte le courant et donnent ainsi naissance par leur hyperplasie à un noyau secondaire qui subira d'ailleurs la loi de spécificité cellulaire, comme celui qui lui a donné naissance. Par contre, les cellules vieillies des formes adultes ne sont pas aussi facilement entraînées et d'autre part, quand elles peuvent l'être elles sont dans des conditions physiologiques qui ont grande chance de rendre la greffe stérile.

Pour une espèce déterminée d'épithéliomes, l'échelle

de malignité sera, par suite, exactement parallèle à celle du degré de développement que les cellules du néoplasme ne parviennent pas à dépasser. Ce degré de développement sera lui-même l'indice et comme la mesure de la nature ou de l'intensité de l'incitation hyperplasique primitive qui a mis en jeu toute l'évolution de la lésion. On comprend encore pourquoi, toutes choses égales d'ailleurs, les tumeurs embryonnaires d'un même tissu ont une malignité d'autant plus intense que le sujet porteur est plus jeune ; plus on se rapproche de l'enfance, plus les incitations de développement s'adressent à des tissus aptes à les recevoir et plus leurs effets sont considérables. De là la rareté des formes adultes dans l'enfance ; de là aussi, par exemple, la malignité plus grande, signalée du reste depuis longtemps, et les symptômes spéciaux des cancers de l'estomac survenant au-dessous de l'âge de 30 ans, comparés à ceux qui se produisent dans les périodes ultérieures de la vie (1).

1. L. Bard, *Du cancer précoce de l'estomac* (*Lyon-Médical*, 1884), et Mathieu, Thèse de Doctorat. Lyon, 1884.

CHAPITRE II

TABLEAUX STATISTIQUES SUIVANT LES AGES DES DIVERSES ESPÈCES DU GENRE ÉPITHÉLIOME

Dans le chapitre précédent, nous avons exposé dans un seul tableau toutes les tumeurs épithéliales.

Nous allons maintenant, en suivant pas à pas la classification que nous avons mentionnée plus haut, donner les statistiques de toutes les différentes espèces du genre épithéliome. Nous y ajouterons deux tableaux, comprenant, l'un, l'ensemble des carcinomes encéphaloïdes fibreux, colloïdes et mélaniques ; l'autre, tous les épithéliomes lobulés, tubulés, diffus et calcifiés.

Nous avons en vain cherché en France et à l'étranger d'autres statistiques portant sur les âges divers auxquels les différentes espèces d'épithéliome ont tendance à se développer.

Tout en ayant le regret de ne pouvoir renforcer notre étude par d'autres travaux analogues au nôtre, comme nous l'avons fait déjà pour les tumeurs épithéliales étudiées dans une vue d'ensemble ; nous abordons cependant ce sujet, convaincus que c'est dans l'âge auquel apparaissent les différentes espèces que réside tout l'intérêt de la question.

Genre carcinome.

	Nantes.	Paris.	Total.
1 à 10	0	1	1
10 20	1	2	3
20 30	5	6	11
30 40	19	28	47
40 50	49	26	75
50 60	41	32	73
60 70	34	34	68
70 80	10	15	25
80 90	0	2	2
Total. . .	159	146	305
Age non indiqué :	53	20	

Ainsi, nous possédons pour Nantes 159 cas de carcinomes, pour Paris 146 cas, soit un total de 305.

Nous laissons de côté 53 carcinomes pour la première et 20 néoplasmes du même genre pour la seconde, qui, ne portant aucune mention de l'âge de l'individu atteint, ne peuvent entrer dans notre tableau, soit 73 carcinomes hors cadre.

Voyons maintenant comment seront réparties ces 305 tumeurs, dans chaque espèce du genre carcinome :

Carcinome encéphaloïde.

	Nantes.	Paris.	Total.
1 à 10	0	1	1
10 20	1	1	2
20 30	3	3	6

30 40	7	11	18
40 50	14	12	26
50 60	9	13	22
60 70	5	13	18
70 80	4	4	8
80 90	0	2	2
Total. . .	43	60	103
Age non indiqué :	6	8	

Carcinome fibreux.

	Nantes.	Paris.	Total.
1 à 10	0	0	0
10 20	0	0	0
20 30	1	2	3
30 40	8	10	18
40 50	26	7	33
50 60	30	11	41
60 70	24	15	39
70 80	3	10	13
80 90	0	0	0
Total. . .	92	55	147
Age non indiqué :	36	8	

Carcinome colloïde.

	Nantes.	Paris.	Total.
1 à 10	0	0	0
10 20	0	1	1

20 30	1	1	2
30 40	2	6	8
40 50	5	4	9
50 60	1	4	5
60 70	1	5	6
70 80	3	0	3
80 90	0	0	0
Total. . .	13	21	34
Age non indiqué ;	9	3	

Carcinome mélanique.

	Nantes.	Paris.	Total.
1 à 10	0	0	0
10 20	0	0	0
20 30	0	0	0
30 40	2	1	3
40 50	4	3	7
50 60	1	4	5
60 70	4	1	5
70 80	0	1	1
80 90	0	0	0
Total. . .	11	10	21
Age non indiqué :	2	1	

Epithéliome cylindrique,

	Nantes	Paris	Total
1 à 10	1	0	1
10 20	0	0	0

20 30	1	4	5
30 40	1	2	3
40 50	5	9	14
50 60	7	10	17
60 70	5	11	16
70 80	4	7	11
80 90	1	1	2
Total	25	44	69
Age non indiqué, 11 cas.		6	

Le tableau suivant comprendra les différentes espèces d'épithéliome pavimenteux pris dans leur ensemble, ainsi que nous l'avons fait plus haut pour le sous-genre carcinome.

Nous donnerons ensuite les tableaux relatifs aux différentes espèces d'épithéliome pavimenteux, lobulé, tubulé, diffus, calcifié.

Epithéliomes pavimenteux.

	Nantes	Paris	Total
1 à 10	4	0	4
10 20	6	1	7
20 30	4	6	10
30 40	13	7	20
40 50	46	13	59
50 60	56	23	79
60 70	72	21	93
70 80	45	8	53
80 90	8	1	9
Total. . .	254	80	334

Age non indiqué : 104 9

Cherchons maintenant comment ces 334 tumeurs se répartissent entre les différentes espèces de ce sous-genre.

Epithéliomes pavimenteux.

I. *Lobulés.*

	Nantes	Paris	Total
1 à 10	0	0	0
10 20	1	1	2
20 30	0	2	2
30 40	4	1	5
40 50	22	7	29
50 60	36	13	49
60 70	47	10	57
70 80	33	2	35
80 90	7	0	7
Total. . .	149	36	186

Age non indiqué : 55 5

II. *Tubulés.*

	Nantes	Paris	Total
1 à 10	0	0	0
10 20	1	0	1
20 30	1	2	3
30 40	7	4	11
40 50	20	6	26
50 60	19	10	29

60 70	23	11	34
70 80	10	6	16
80 90	1	1	2
Total. . .	82	40	122
Age non indiqué :	41	4	

III. *Diffus.*

	Nantes	Paris	Total
1 à 10	0	0	0
10 20	0	0	0
20 30	0	1	1
30 40	1	1	2
40 50	2	0	2
50 60	0	0	0
60 70	1	1	2
70 80	2	0	2
80 90	0	0	0
Total. . .	6	3	9
Age non indiqué :	2		

IV. *Calcifiés.*

	Nantes	Paris	Total
1 à 10	4	0	4
10 20	3	0	3
20 30	3	2	5
30 40	0	1	1
40 50	2	0	2
50 60	2	0	2
60 70	1	0	1

70 80	0	0	0
80 90	0	0	0
Total. . .	15	3	18
Age non indiqué :	6		

Epithéliomes polymorphes.

	Nantes	Paris	Total
1 à 10	0	0	0
10 20	1	0	1
20 30	2	0	2
30 40	2	1	3
40 50	2	0	2
50 60	0	1	1
60 70	0	0	0
70 80	1	0	1
80 90	0	0	0
Total. . .	8	2	10
Age non indiqué :	0		

Epithéliomes intraglandulaires

	Nantes	Paris	Total
1 à 10	0	0	0
10 20	1	0	1
20 30	1	0	1
30 40	1	0	1
40 50	0	0	0
50 60	2	0	2
60 70	1	0	1

70	80	0	1	1
80	90	0	0	0
Total. . .		6	1	7

CHAPITRE III

ANALYSE DU TABLEAU DES CARCINOMES EN GÉNÉRAL ET DE SES DIVERSES ESPÈCES.

Nous avons réuni dans un seul tableau 305 carcimones ; 146 recueillis dans les bulletins de la Société anatomique de Paris 159 dans ceux de la société anatomique de Nantes.

Avant d'étudier séparément chaque espèce de ce sous genre, jetons une vue d'ensemble sur le tableau général des carcimones.

	Nantes	Paris	Total
1 à 10	0	1	1
10 20	1	2	3
20 30	5	6	11
30 40	19	28	47
40 50	49	26	75
50 60	41	32	73
60 70	34	34	68
70 80	10	15	25
80 90	0	2	2
Total. . .	159	156	305

Nous voyons que la jeunesse,sans être à l'abri de toutes les formes de carcinomes,est cependant relativement très épargnée. En effet de 1 à 10 ans nous n'avons pu

en relever qu'un cas, et de 10 à 20 ans trois seulement figurent dans notre tableau.

De 20 à 30 ans le chiffre commence à s'élever mais reste encore relativement faible, nous ne possédons en effet que 11 cas.

La fréquence augmente très manifestement de 30 à 40 ans notre statistique porte déjà 47 néoplasmes de ce genre, elle atteint enfin son maximum entre 40 et 50 ans, soit 75 carcinomes.

De 50 à 60 ans la courbe commence à s'abaisser, mais bien faiblement il est vrai, puisque nous pouvons présenter soixante-treize tumeurs de ce genre.

Les 10 années suivantes portent le chiffre encore fort de 68 ; puis le nombre des cas diminue de 70 à 80 ans où il ne s'élève plus qu'à vingt-cinq.

Au delà de quatre-vingts ans nous n'avons pu enregistrer que deux cas.

Nous voyons donc, que rare dans l'enfance le carcinome présente son maximum entre quarante et cinquante ans et que c'est dans la seconde moitié de la vie que l'on rencontre le plus grand nombre de cas.

Mais si c'est entre quarante et cinquante ans que l'on observe le plus grand nombre d'individus affectés de carcinome, cela ne prouve pas que l'aptitude à cette maladie prédomine à cet âge, car si l'on réunit, comme nous l'avons fait, les diverses espèces de tumeurs carcinomateuses sans distinction de siège ni d'espèce et si l'on tient compte du chiffre de la population aux différents âges, on arrive à cette conclusion que la prédisposition à ce genre de tumeur s'accroît progressivement de 10 à 80 ans.

Nous ne faisons cette remarque qu'en passant ; car notre but est de déterminer seulement l'âge auquel la statistique nous fournit le plus grand nombre de néoplasmes épithéliaux.

Mais s'il est curieux de connaître la fréquence des tumeurs carcinomateuses prises dans leur ensemble ; l'étude des âges auxquels apparaissent les diverses espèces de ce sous-genre semble encore l'emporter comme intérêt. Nous les étudierons séparément en commençant par le carcinome encéphaloïde.

Carcinome encéphaloïde

Avant d'étudier les carcinomes encéphaloïdes au point de vue de leur apparition, remarquons que sur les 305 tumeurs du genre carcinome que nous possédons, 105 sont groupées sous le nom de carcinomes encéphaloïdes, soit environ un tiers ; ce qui indique la fréquence relative de ce genre de tumeur.

Reproduisons ici le tableau que nous avons déjà donné dans le chapitre précédent, nous l'aurons sous les yeux pour l'analyse que nous désirons en faire.

	Nantes.	Paris.	Total.
1 à 10	0	1	1
10 20	1	1	2
20 30	3	3	6
30 40	7	11	18
40 50	14	12	26
50 60	9	13	22

60	70	5	13	18
70	80	4	4	8
80	90	0	2	2
	Total	—	—	—
		43	60	103

De toutes les tumeurs rangées dans ce sous-genre, le carcinome encéphaloïde est celui qui montre le plus de tendance à se développer dans le jeune âge.

Notre tableau général des carcinomes comprenait dans ses cadres un cas de zéro à dix ans et 3 cas de dix à vingt ans. Sur ces quatre cas parus dans les vingt premières années de la vie nous en retrouvons trois classés ici comme encéphaloïdes ; et sur les onze carcinomes parus de vingt à trente ans, six, c'est-à-dire plus de la moitié, portent la même étiquette.

Comme le fait si bien ressortir M. Heurtaux (1), l'encéphaloïde est la forme de cancer que l'on observe le plus souvent chez les jeunes sujets, cependant ce n'est qu'entre quarante et cinquante ans que nous trouvons le plus grand nombre de néoplasmes de cette nature, soit vingt-six cas, c'est-à-dire le quart des tumeurs contenues dans ce petit tableau. Ils diminuent ensuite de fréquence suivant une progression régulière et ne présentent que deux cas au delà de quatre-vingts ans.

Les auteurs semblent unanimes à reconnaître que l'époque de l'apparition de l'encéphaloïde a une influence sur sa marche et que son apparition précoce implique une rapidité de développement plus grande.

1. Heurtaux. Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie (T. 6. page 188. Cancer.)

Les formes jeunes du carcinome encéphaloïde ont une malignité d'autant plus intense que le porteur est moins âgé ; plus on se rapproche de l'enfance plus les mutations de développement s'adressent à des tissus aptes à les recevoir et plus leur développement est rapide.

Mentionnons d'une manière très succinte, en allant de l'enfance à la vieillesse, les cas dans lesquels nous trouvons indiqué le laps de temps écoulé entre le début du néoplasme et le moment où le malade vient demander le secours de l'art.

Sur les 103 encéphaloïdes de notre tableau, soixante-dix portent cette mention particulièrement intéressante au point de vue de la rapidité de l'évolution.

Paris.

1874. — Jeune homme de 9 ans. Service de M. Demarquay. La tumeur siégeait à l'orbite et le début remontait à 14 mois. Ce premier cas présente, vu l'âge du sujet, une évolution relativement lente et semble à cet égard sortir un peu de la règle générale.

1877. — Femme de 17 ans. Encéphaloïde généralisée aux ganglions-prévertébraux, foie, rein, le début remonte à 5 mois.

Nantes,

1883. — Homme 19 ans. Localisation à la base du crâne, développement rapide.

Paris.

1870. — Homme 21 ans. (Service de M. de Lignerolles), généralisation rapide des masses encéphaloïdes envahissant les muscles du cou, les ganglions bronchiques, les reins, le cœur.

1878. — Femme 29 ans. Début 4 mois, généralisation rapide à l'abdomen, poumon, ganglions mésentériques et bronchiques.

Nantes.

1878. — Homme 25 ans, présenté par M. Malherbe). Evolution rapide d'un encéphaloïde des ganglions du médiastin et du poumon.

1886. — Femme 36 ans. (Heurtaux). Sein et ganglions, début 3 mois.

1887. — Homme 32 ans. (de Larabrie). Testicule.

1879. — Femme 33 ans. (Heurtaux). Aisselle, début 7 mois.

Paris.

1876. — Homme 38 ans. Testicule, marche rapide, 2 mois après récidive sur le scrotum et généralisation au foie, poumon et au sein droit.

1876. — Homme 37 ans. Paupière. Début 6 mois. Première récidive au maxillaire supérieur. Deuxième récidive avec généralisation à tous les viscères.

1878. — Femme 36 ans. Début 11 mois. Sein. Généralisation aux viscères.

1878. — Femme 34 ans. Début 5 mois. Primitif de la vésicule, secondairement du foie.

1880. — Homme 30 ans. Début 2 ans 1/2. Encéphaloïde du testicule ectopié dans la fosse iliaque gauche. Propagation aux ganglions lombaires, muscle psoas, uretère.

1886. — Homme 38 ans. Début 8 mois, rein gauche.

1887. — Homme 36 ans. Début 1 an. Testicule énorme. Tumeur.

1887. — Femme 38 ans. Début 6 mois. Rein.

1883. — Femme 39 ans. Estomac.

1883. — Homme 35 ans. Début 2 mois. Testicule atteignant en 2 mois le poids de 20 kilogr. Extension aux ganglions lombaires.

1891. — Homme 36 ans. Poumon. Début 3 ans.

Nantes.

1882. — Homme 40 ans, (Heurtaux). Sur une tache que depuis sa jeunesse il portait sur l'avant-bras. Depuis deux ans cette tache a grandi, ganglions axillaires et généralisation au foie et au rein.

1882. — Femme 42 ans. (Heurtaux). Sein. Début 9 mois.

1889. — Femme 44 ans. (Jouon). Maxillaire supérieur, grosseur d'un œuf de poule le début remontant à 6 semaines.

1878. — Homme 40 ans. (Heurtaux). Narines. Début 4 mois.

1880. — Homme 40 ans. (Gruget). Testicule. Début récent.

1888. — Femme 47 ans. Sein. Début 3 mois.

Paris.

1870. — Homme 47 ans. Testicule. Début 10 mois.

1872. — Femme 45 ans. Reins et vessie. Début 10 mois.

1872. — Homme 40 ans. Rein droit. Début 2 ans.

1872. — Femme 48 ans.

1873. — Homme 45 ans. Testicule. Début 5 mois.

1874. — Femme 44 ans. Médiastin. Début 6 mois.

1874. — Femme 47 ans. Vagin. Début 6 mois.

1878. — Homme 49 ans. Foie. Début 4 ans.

1881. — Homme 43 ans. Vessie. Début 1 an.

Nantes.

1887. — Femme 53 ans. (Gruget). Sein. Début apparent 15 jours.

1887. — Femme 54 ans. (Heurtaux). Sein. Début 1 an.

1883. — Homme 55 ans. (Poisson). Testicule. Début 4 ans.

1879. — Homme 53 ans. Estomac et foie. Début 3 mois.

1880. — Homme 50 ans. (Malherbe). Testicule. Début 3 ans.

1883. — Femme 50 ans. (Heurtaux). Sein gauche. Début 3 ans.

1888. — Femme 55 ans. (Malherbe). Sein gauche. 4 mois.

Paris.

1872. — Homme 54 ans. Pylore. Début quelques mois.

1875. — Femme 59 ans. 2 ovaires. Début 1 an.

1876. — Homme 55 ans. Médiastin. Début quelques jours.

1877. — Femme 50 ans. Colonne vertébrale. Début 3 mois.

1877. — Homme 50 ans Œsophage. Début 6 mois.

1882. — Homme 56 ans. Poumon. Début 5 mois.

1882. — Homme 52 ans. Anse herniée et de son sac, secondaire du foie. Début tout récent.

1881. — Homme 58 ans. Primitif de la capsule surrenale. Début 3 mois.

1886. — Homme 53 ans. Estomac. Début 1 mois.

1890. — Homme 59 ans. Foie (primitif). Début 3 mois.

Nantes.

1887. — Femme 62 ans. (Chenantais). Sein droit. Début 3 mois.

1883. — Femme 60 ans. (Chenantais). Sein. Début 3 semaines.

Paris.

1873. — Femme 67 ans. Os et viscères. Début 2 mois.

1876. — Femme 66 ans. Vessie. Début 1 an.

1884. — Femme 64 ans. Plèvre. Début 5 mois.

1881. — Homme 60 ans. Foie et pylore. Début 4 mois.

1880. — Femme 60 ans. Estomac. Début 4 à 5 mois.

1883. — Femme 68 ans. Sein. Début 2 ans. Récidive dans le système osseux.

1883. — Femme 68 ans. Cœur. Début 4 mois.

1883. — Femme 63 ans. Ovaire et rectum. Début 8 mois.

Nantes.

1887. — Femme 70 ans. Sein gauche. Début 4 ans.

Paris

1878. — Homme 74 ans. Rein. Début 2 ans.

1880. — Homme 72 ans. Vessie. Début 5 mois.

1882. — Homme 81 ans. Rein. Début 6 semaines.

1882. — Homme 87 ans. Estomac prapagation à la rate, rein gauche et foie. Début apparent 2 mois.

Nous le voyons, les carcinomes encéphaloïdes qui se développent dans la première moitié de l'existence, semblent, par leur marche rapide et leur tendance à la généralisation porter un cachet spécial de malignité.

C'est deux, trois, six mois après le début et quelquefois beaucoup moins, que les malades se voient forcés d'avoir recours au chirurgien. Souvent dès cette époque, comme beaucoup des cas que nous avons cité le mentionnent, il y a propagation de la tumeur principale vers d'autres organes et d'autres viscères.

Il est enfin des cas où le développement semble vraiment prodigieux, comme chez cet homme de 35 ans qui en deux mois a pu voir se développer, aux dépens de son testicule, une tumeur encéphaloïde du poids de vingt kilogrammes (1).

Dans la seconde période de la vie, ces néoplasmes ne gagnent guère en bénignité, cependant il semble ressortir de l'étude des faits, qu'ils entraînent moins rapidement le malade vers une dénouement fatal.

Parmi de nombreux cas, qui, ici comme dans la jeunesse, évoluent rapidement, nous en trouvons un certain nombre qui suivent une marche plus lente et qui se sont développés peu à peu en un, deux et même quatre ans, comme chez cette femme de soixante-deux ans signalée dans les bulletins de la société anatomique de Nantes, année 1887. — Si l'âge semble avoir, comme nous venons de le dire, une légère influence sur l'évolution plus ou moins rapide des carcinomes encéphaloïdes, nous ne pouvons pas avancer qu'il en fasse varier également la structure, les études histologiques ayant été peu dirigées encore dans ce sens.

1. Bulletins, Paris, 1883.

Carcinome fibreux

Notre statistique du genre carcinome comprenait 305 tumeurs ; 147 appartiennent à l'espèce des carcinomes fibreux, soit environ la moitié, ce qui indique leur fréquence relative.

Avant d'aborder cette étude, nous en reproduisons le tableau afin de l'avoir sous les yeux pour l'analyse que nous désirons en faire.

	Nantes	Paris	Total
1 10	0	0	0
10 20	0	0	0
20 30	1	2	3
30 40	8	10	18
40 50	26	7	33
50 60	30	11	41
60 70	24	15	39
70 80	3	10	13
80 90	0	0	0
Total.	92	55	147

Si comme nous l'avons vu, c'est entre 40 et 50 ans que l'on trouve le plus grand nombre d'encéphaloïdes, les carcinomes fibreux au contraire présentent leur maximum de fréquence entre 50 et 60 ans.

On ne trouve guère qu'un septième de ces tumeurs avant l'âge de quarante ans, et au-dessous de trente ans en particulier cette forme de cancer devient si rare que nous n'avons pu en enregistrer que trois cas.

Des quatre espèces de tumeurs rangées dans le sous-genre qui nous occupe, le carcinome fibreux est celui qui semble avoir le plus de tendance à se développer dans la vieillesse. En effet entre cinquante et soixante ans, le sommet de la courbe s'accuse par quarante et un cas, c'est-à-dire plus d'un quart ; mais de soixante à soixante-dix ans, trente-neuf tumeurs, chiffre bien rapproché du précédent, indique combien le carcinome fibreux est encore fréquent à cet âge de la vie. Au delà de soixante-dix ans, la proportion s'abaisse très rapidement, mais les treize néoplasmes que nous possédons constituent encore un chiffre assez fort, si l'on tient compte du petit nombre de vieillards qui atteignent cette période avancée de la vie.

Comme pour les carcniomes encéphaloïdes, nous mentionnerons succinctement tous les cas dont le début aura été indiqué afin de rechercher l'influence que l'âge a pu avoir soit sur la marche soit sur la structure de ce genre de tumeur.

Paris.

1882. — Homme, 27 ans, foie et estomac. Début un an.
1889. — Femme, 27 ans, médiastin. Début un an.

Nantes.

1889. — (Boiffin). Femme, 27 ans, sein droit. Début quatre mois.

Paris.

1872. — Femme, 33 ans, sein droit (squirrhe atrophique) généralisation aux côtes, à l'os iliaque droit et au sacrum. Début 6 ans.
1872. — Homme, 39 ans. Au niveau de la glande sous maxillaire

gauche, volume du poing, mobilité et indolence relative. Début 6 ans.

1874. — Homme, 33 ans, estomac, pleurésie cancéreuse consécutive. Début 6 ans.

1874. — Femme, 33 ans, rachis avec généralisation dans les poumons. Début 2 ans.

1874. — Femme, 39 ans, utérus. Début 12 ans.

1876. — Homme, 36 ans, testicule. Début 6 mois.

1876. — Homme, 31 ans, testicule avec tumeurs secondaires dans le duodénum, foie, poumon. Début 5 ans.

1876. — Femme, 35 ans, estomac. Début 7 ans.

1883. — Femme, 38 ans, estomac, tumeurs secondaires de la capsule surrénale, foie, pancréas. Début 15 mois.

Nantes.

1886. — (Heurtaux). Femme, 31 ans, sein. Début 1 an.

1887. — (Chenantais). Femme, 31 ans, sein. Début quelques mois.

1887. — (Heurtaux). Femme, 30 ans, sein. Début 2 mois.

1884. — (Heurtaux). Femme, 34 ans, sein. Début 4 ans.

1889. — (Malherbe). Femme, 38 ans, sein. Début 6 mois.

1889. — (Malherbe). Femme, 30 ans, sein. Début 16 mois.

Paris.

1875. — Homme, 41 ans, estomac. Début 4 ans.

1876. — Femme, 48 ans, sein. Début 2 ans.

1879. — Femme, 42 ans, foie. Début 11 mois.

1884. — Femme, 41 ans, Squirrhe atrophique du sein. Début 10 ans.

1888. — Femme, 42 ans, utérus. Début 2 ans.

Nantes.

1886. — (De Larabrie). Femme, 42 ans, sein. Début 6 semaines.

1887. — (Heurtaux). Femme, 43 ans, sein. Début 2 mois.

1882. — (Moussier). Femme, 45 ans, sein. Début récent.

— (Heurtaux). Femme, 44 ans, sein. Début 6 mois.

1884. — (Heurtaux). Femme, 45 ans, sein. Début 7 mois.

— (Heurtaux). Femme, 42 ans, sein. Début 2 mois.

1889. — (Heurtaux). Femme, 48 ans, sein. Début 14 mois.

— (Heurtaux). Femme, 42 ans, sein. Début 6 ans.

— (Gruget). Femme, 47 ans, sein. Début 7 mois.

1890. — (Heurtaux). Femme, 43 ans, sein. Récidive *in situ*. Opérée il y a 3 ans.

1876. — (Gergaud). Femme, 45 ans, sein. Début 9 ans.

— (Gergaud). Femme, 40 ans, sein. Début 2 ans.

— (Ollive). Homme, 46 ans, sein. Début 2 ans.

1878. — (Heurtaux). Femme, 45 ans, sein. Début 4 ans.

1880. — (Malherbe). Femme, 45 ans, sein. Début récent.

(Jouon). Femme, 40 ans, sein. Début 15 mois.

1881. — (Chenantais). Femme, 42 ans, sein. Récidive *in situ*. d'une tumeur enlevée 5 ans avant.

1888. — (Jouon). Femme, 43 ans, sein. Début 2 ans.

1888. — (De Larabrie). Femme, 42 ans, sein. Début 5 mois.

1888. — (Heurtaux). Femme, 40 ans, sein. Début 6 mois.

1888. — (Heurtaux). Femme, 49 ans, sein. Début 3 ans.

Paris.

1876. — Femme, 59 ans, sein, propagation à la plèvre. Début 10 ans.

1880. — Femme, 51 ans, estomac. Début 1 an.

1882. — Femme, 50 ans, sein droit. Début 4 mois.

1884. — Homme, 54 ans, primitif de la vésicule biliaire. Début 5 mois.

1886. — Homme, 54 ans, bassinet et urèthre gauche. Début 2 ans

1888. — Femme, 53 ans, sein droit. Début 6 mois.

1883. — Homme, 55 ans, primitif du rein droit. Début 10 mois.

1883. — Homme, 56 ans, estomac. Début 2 mois.

Nantes.

1885. — (Heurtaux). Femme, 57 ans, sein gauche. Début 2 ans. Récidive 2 ans après dans le sein droit.

1886. — (Heurtaux). Femme, 50 ans, sein gauche. Début 8 mois.

1886. — (Heurtaux). Femme, 53 ans, sein gauche. Début 6 semaines.

1886. — (Heurtaux). Femme, 59 ans, sein. Début 3 ans.

1886. — (Chenantais). Femme, 55 ans, sein. Début 3 ans.

1886. — (Heurtaux). Femme, 50 ans, sein. Début 1 an.

1886. — (Chenantais). Homme, 55 ans, sein gauche. Début 6 ans.

1886. — (Poisson) Femme, 50 ans, sein. Début 1 an.

1887. — (Heurtaux). Femme, 50 ans, sein, opérée il y a 10 mois, récidive sur cicatrice.

1882. — (Heurtaux). Femme, 54 ans. sein. Début 2 mois.

1889. — (Heurtaux). Femme, 54 ans, sein. Début 5 semaines.

1889. — (Heurtaux). Femme, 55 ans. Début 6 mois.

1889. — (Heurtaux). Femme, 58 ans, sein. Début 2 ans.

1889. — (Monfort). Femme, 54 ans, sein. Début 1 an.

1889. — (Heurtaux). Femme, 60 ans, sein. Début 1 an.

1889. —(Heurtaux). Femme, 56 ans, sein, Début 2 ans.

1890. — (Heurtaux). Femme, 51 ans, sein. Début 6 semaines ; récidive immédiatement après l'opération.

1883. — (Chenantais). Femme, 50 ans, sein. Début 6 ans.

1883. — (Poisson). Femme. 55 ans, sein. Début 7 ans.

1888. — (Heurtaux). Femme, 55 ans, sein, Début 3 mois.

1888. — (De Larabrie). Femme, 50 ans, sein. Début 1 an.

1888. — (A. Malherbe). Femme, 55 ans, sein. Début 8 mois.

1888. — (Rousseau). Homme, 50 ans, joue droite. Début 2 ans.

Paris

1874. — Femme, 62 ans, sein. Début 15 ans.

1876. — Homme, 69 ans, petite courbure de l'estomac. Début 20 ans.

1879. — Homme, 62 ans, primitif du foie. Début 5 mois.

1879. — Homme, 66 ans, primitif du pancréas, secondaire du foie. Début 3 mois.

1879. — Homme, 62 ans, foie. Début 7 mois.

1882. — Homme, 65 ans, estomac. Début 4 mois.

1886. — Homme, 65 ans, estomac. Début 18 mois.

1888. — Homme, 40 ans, estomac. Début 5 mois.

1888. — Femme, 64 ans, poumon gauche. Début 3 mois.

1889. — Femme, 67 ans. Pylore. Début 10 mois.

1883 — Femme, 69 ans. Sein; secondaire du col du fémur. Début 2 mois.

Nantes

1885. — (Heurtaux). Femme, 66 ans. Sein. Début 2 mois.

1886. — (Chenantais). Femme, 69 ans. Sein. Début 1 an.

1886. — (Heurtaux). — Femme, 65 ans. Sein. Début 3 ans.

1887. — (De Larabrie). Femme, 63 ans. Sein. Début 3 mois.

1887. — (Heurtaux). Femme, 60 ans. Sein. Début 2 mois.

1884. — (Gruget). Femme, 65 ans. Sein. Début 4 ans.

1884 — (Heurtaux). Femme, 69 ans. Sein. Début 2 mois.

1878. — (Olive). Femme, 63 ans. Sein. Début 2 ans.

1878. — (Olive). Homme, 63 ans. Sein. Début 1 an.

1881. — (Heurtaux). Femme, 60 ans. Sein. Début 3 ans.

1883. — (A. Malherbe). Femme, 60 ans. Sein. Début un mois et demi.

1888. — (A. Malherbe). Femme, 68 ans. Sein. Début 1 an.

1888. — (De Larabrie). Femme 68 ans. Sein. Début 1 an.

1888. — (Heurtaux). Femme, 62 ans. Sein. Début 6 ans.

Paris.

1873. — Femme, 71 ans. Squirrhe atrophique du sein. Début 5 ans.

1875. — Femme 75 ans. Sein. Début 5 ans.

1876. — Homme. 72 ans. Sein. Début très lent.

1881. — Femme, 72 ans. Rectum. Début 1 an.

1886. — Homme, 75. Plèvre et péricarde. Début 1 an.

1886. — Femme, 77 ans. Pancréas. Début cinq mois.

1888. — Homme, 74 ans. Rein gauche. Début quinze mois.

1891. — Homme, 73 ans. Foie. Début, 2 ans.

Nantes.

1885. — (Heurtaux). Femme, 72 ans. Sein. Début 6 mois.

1890. — (Heurtaux). Femme, 72 ans. Sein. Début 2 ans.

1881. — (Poisson). Femme 70 ans. Sein. Début 3 ans.
1883. — (Chenantais). — Femme, 73 ans. Sein. Début 8 mois.
1888. — (Chenantais). Femme 73 ans. Sein. Début. 3 ans.

Ce qui ressort de cette énumération, c'est la marche relativement lente que suit ce genre de tumeur. L'évolution des encéphaloïdes s'accomplit en général, comme nous l'avons vu, en deux, trois ou six mois, souvent moins. Celle des carcinomes fibreux semble au contraire affecter une marche beaucoup plus lente.

Ce n'est en général que de un à cinq ans après le début du néoplasme que les malades se voient forcés d'avoir recours au chirurgien. Les cas à évolution rapide sont rares dans l'espèce, et c'est à peine si nous en trouvons quelques cas, même dans la première moitié de la vie.

Ils semblent devenir encore plus rares dans la vieillesse où au contraire nous trouvons quelques néoplasmes ayant mis huit, dix et même douze ans à se développer.

Comme les autres espèces de son sous-genre, le carcinome fibreux est susceptible de généralisation, cette généralisation, beaucoup plus lente que dans les tumeurs encéphaloïdes, n'en est pas moins tout aussi fatale. La récidive elle-même, quoique fréquente, ne semble pas aussi certaine, ni surtout aussi rapide que dans les autres espèces de carcinomes.

Au point de vue de sa structure on peut dire que, particulièrement dans la vieillesse, le tissu élastique semble prédominer surtout dans les cancers très durs.

Cette tendance nous a semblé coïncider souvent avec une bénignité relative de la tumeur. Elle marche plus lentement que ces carcinomes riches en cellules et très

pauvres en trame que nous voyons plus fréquemment se développer dans la première moitié de la vie.

Il est même des cas, où, chez certains vieillards, cette trame prend un tel accroissement qu'elle étouffe les cellules épithéliales ; laissant à leur place ce qu'on a appelé la cicatrice cancéreuse. Ces cellules épithéliales étouffées, on pourrait espérer un arrêt définitif s'il n'y avait malheureusement à côté des points ou les cellules sont atrophiées, d'autres points où elles continuent à vivre, à se développer et à proliférer.

Nous n'en prendrons qu'un exemple parmi les nombreux néoplasmes étudiés avec tant de soin par M. A. Malherbe. — Il s'agit d'une femme de 45 ans, atteinte d'un carcinome fibreux du sein qu'il opéra en 1880.

Voici en quelques mots le résumé de l'examen du maître: « Les points envahis par le carcinome, au nombre de deux, étaient fort peu étendus, et ont été enlevés très largement comme le prouve l'absence de récidive *in situ*. Le tissu conjonctif très dense, presque amorphe, est parsemé d'énormes amas granuleux jaunâtres, formés par ces pelotons de fibres élastiques qu'il est si commun de rencontrer dans le carcinome de la mamelle, les amas cellulaires ne sont pas très nombreux, les cellules atypiques sont franchement épithéliales et soudées entre elles... La dureté de ce tissu, sa pauvreté relative en cellules avaient fait espérer une guérison radicale, la malade succomba cependant onze mois après à une lésion des centres nerveux qui très probablement doit être attribuée à la généralisation cancéreuse.

Cet exemple, pris parmi les formes que l'examen mi-

croscopique indique comme les moins redoutables dans l'espèce, nous éclaire suffisamment sur le danger que court le patient, porteur d'un néoplasme de ce genre.

Carcinome colloïde.

Nous ne possédons que 34 carcinomes colloïdes, soit environ un dixième du chiffre total de nos carcinomes.

Voici tout d'abord leur mode de répartition aux différents âges de la vie :

	Nantes	Paris	Total
1-10	0	0	0
10-20	0	1	1
20-30	1	1	2
30-40	2	6	8
40-50	5	4	9
50-60	1	4	5
60-70	1	5	6
70-80	3	0	3
Total.	13	21	34

Le carcinome colloïde est une tumeur rare dans le jeune âge, avant vingt ans nous n'en possédons qu'un cas.

Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans dont l'S iliaque était affecté de ce genre de néoplasme. M. Dujardin Baumetz, qui était alors le chef de service, rechercha dans les auteurs des exemples de cette variété de tumeur chez les enfants ou les adolescents, il ne put en rencontrer un seul cas.

De vingt à trente ans nous ne trouvons encore que deux cas.

La courbe de fréquence s'élève alors brusquement entre trente et quarante ans, huit carcinomes colloïdes se sont développés pendant cette période; mais c'est entre quarante et cinquante ans que le sommet de la courbe s'accuse par neuf cas, c'est-à-dire plus du quart.

Au delà la proportion s'abaisse graduellement tout en conservant un chiffre relativement élevé, car nous possédons encore trois cas entre soixante-dix et quatre-vingts ans.

Remarquons que dix-sept carcinomes colloïdes se sont développés entre trente et cinquante ans, soit exactement la moitié des trente-quatre néoplasmes qui figurent dans notre tableau, ce qui indique leur tendance à apparaître à l'âge moyen de la vie.

Passons maintenant à l'énumération succincte des cas dont nous connaissons le début afin de rechercher l'inflence de l'âge sur la marche et la structure de ces tumeurs.

Paris.

1879. — Homme 19 ans. S iliaque. Début 3 mois.

1873. — Femme 22 ans. Généralisé a tous les viscères. Début 1 an.

Nantes.

1876. — (Ollive). Homme 27 ans. Rectum. Début 18 mois.

Paris.

1881. — Femme 30 ans. Sein opéré il y a un an, récidive.

1873. — Femme 35 ans. Cœcum. Début 5 mois.
1876. — Femme 30 ans. Ovaire. Début 2 ans.
1877. — Homme 37 ans. Intestin. Début 1 an.
1880. — Femme 36 ans. Cœcum. Début 1 an.
1889. — Femme 39 ans. Estomac. Début 1 an.

Nantes.

1878. — (Heurtaux). Femme 35 ans. Sein. Début 4 ans.
1888. — (Heurtaux). Homme 35 ans. Testicule. Début 1 an.

Paris.

1873. — Femme 40 ans. Péritoine. Début 8 ans.
1876. — Homme 46 ans. Rectum. Début 6 mois.
1879. — Femme 41 ans. Rectum et vagin. Début 6 mois.
1891. — Femme 48 ans. Voies biliaires. Début 3 mois.

Nantes.

1875. — (Heurtaux). Femme 40 ans. Sein. Début 15 mois.
1880. — (Malherbe). Femme 45 ans. Ablation du sein il y a 6 ans, resta guérie 5 ans, puis, récidive.
1880. — (Heurtaux). Homme 40 ans. Parotide. Début 10 ans.

Paris.

1872. — Femme 58 ans. Sein. Début 2 ans.
1880. — Homme 54 ans. Epiploon et Estomac. Début 3 mois.
1880. — Femme 50 ans. Estomac et péritoine. Début 1 an.
1877. — Femme 57 ans. Intestin grèle. Début 2 mois.
1873. — Femme 61 ans. Sein. Début 3 ans.
1874. — Femme 69 ans. Estomac. Début 2 ans.

Nantes.

1886. — Femme 64 ans. Ovaire. Début 1 an.
1888. — (De Larabrie). Femme 72 ans. Sein gauche. Début 4 ans.

La marche des carcinomes colloïdes comme nous pouvons le voir par cette courte énumération, est assez variable.

Nous avons des cas dont l'évolution s'est accomplie rapidement en deux ou trois mois. D'autres au contraire dont le développement beaucoup plus lent a demandé dix années. Cependant on peut dire qu'il est en moyenne de un ou deux ans.

Comme pour tous les autres genres de néoplasmes, l'accroissement varie du reste avec l'organe affecté.

Remarquons à ce propos que le carcinome colloïde, siège toujours dans la muqueuse proprement dite et que c'est aux dépens des glandes que naît l'épithéliome colloïde. Il gagne ensuite le tissu conjonctif sous-muqueux et les voies lymphatiques.

Ce genre de tumeur ne respecte aucun tissu, s'il siège dans l'estomac il ne tarde pas à gagner les tuniques musculaires et séreuses, et à s'étendre de là au pancréas et surtout au foie; lorsqu'il occupe le rectum, il envahit bientôt la vessie ou l'utérus.

Il est le point de départ habituel des foyers métastatiques, aussi voyons-nous souvent le péritoine affecté dans les cas de carcinome de l'estomac ou du rectum.

La marche de cette affection est ordinairement lente, sa gravité est proportionnelle à l'importance de la fonction troublée ; pour ce motif le carcinome de l'estomac est l'un des plus redoutables. Enfin la récidive est assez fréquente. L'âge ne semble pas avoir ici une grande influence sur la structure et même sur la marche de ce néoplasme. Il est cependant des cas ou l'on serait tenté

d'attribuer la bénignité relative de l'évolution à la structure de la tumeur.

Ainsi, M. A. Malherbe, opère en 1880 une femme de 45 ans, atteinte de récidive de cancer du sein. Six ans auparavant elle avait été opérée pour la tumeur primitive ; il y a un an que ce néoplasme a récidivé *in situ*. Il serait difficile de dire si cette bénignité relative, qui pendant cinq ans lui permit de se considérer comme définitivement guérie, dépend de la structure de sa tumeur.

Cette structure est curieuse au point de vue des rapports des cellules avec la trame. En effet entre les travées alvéolaires et la masse épithéliale qui occupe le centre de l'alvéole, il y a une certaine quantité de matière colloïde, de telle sorte que les cellules épithéliales se trouvent pour ainsi dire plongées au milieu de cette matière.

La trame conjonctive surtout est dégénérée, les cellules, au contraire, bien conservées, sont intimement unies les unes aux autres et possèdent de gros noyaux et de gros nucléoles très réfringents.

Il s'agit donc d'un carcinome avec dégénérescence muqueuse de la trame. Cette dégénérescence a-t-elle été pour quelque chose dans la bénignité relative de la tumeur, c'est ce qu'il nous a semblé mais ce que nous ne saurions affirmer.

Dans le squirrhe atrophique, les éléments élastiques entourent de toute part les éléments épithéliaux en cherchant à les étouffer. N'y a-t-il pas quelque chose d'analogue dans cette trame muqueuse qui en se développant engloble les cellules épithéliales. Si ce n'est la réalité

c'est du moins une hypothèse bien tentante. Quoiqu'il en soit des hypothèses émises pour expliquer ce fait il est incontestable que dans la mamelle le carcinome colloïde présente une bénignité relative.

Carcinome mélanique.

Cette espèce est encore moins riche que la précédente.

Vingt-un cas seulement, soit environ un quinzième de la totalité de nos carcinomes seront classés dans ce petit tableau.

	Nantes	Paris	Total
1-10	0	0	0
10-20	0	0	0
20-30	0	0	0
30-40	2	1	3
40-50	4	3	7
50-60	1	4	5
60-70	4	1	5
70-80	0	1	1
Total.	11	10	21

Sept cas représentent son maximum de fréquence entre quarante et cinquante ans. Auparavant on trouve seulement trois carcinomes mélaniques entre trente et quarante ans, aucune tumeur de cette nature n'étant mentionnée dans les trente premières années de l'existense.

Au contraire dans la seconde moitié de la vie, nous en trouvons cinq de cinquante à soixante ans, et le même nombre dans les dix années suivantes.

Au-delà de soixante-dix ans nous n'avons pu relever qu'un seul cas.

La vieillesse, étant donné la diminution de la population, semble au moins aussi prédisposée à contracter ce genre de tumeur que les hommes sur le point d'arriver à la cinquantaine.

Passons maintenant à l'énumération succincte des cas dont nous connaissons le début ; ils nous serviront à rechercher l'influence de l'âge sur la structure et la marche de ces néoplasmes.

Paris

1878. — Homme 32 ans. Foie. Début 5 mois.

Nantes

1886. — (Malherbe). Femme 35 ans. Extraction d'un ganglion survenu à la suite d'une tumeur de la joue cautérisée quelques mois auparavant. Mort quinze jours après, due à une généralisation aux centres nerveux.

1886. — (Heurtaux). Homme 33 ans. Sur un nœvus pigmenté. Région parotidienne. Début 18 mois.

Paris

1872. — Femme 48 ans. Bras droit et généralisation. Début 5 ans.

1876. — Homme 40 ans. Début il y a cinq ans dans l'angle interne de l'œil ; fut opéré. Récidive ; deux mois après, deuxième opération. Puis généralisation au poumon, foie, péritoine.

1879. — Homme 46 ans. Foie et généralisation dans tout l'organisme. Début 8 mois.

Nantes.

1885. — (Malherbe). Homme 45 ans. Sous l'ongle du pouce. Début 2 ans ; 3 récidives rapides.

1886. — (Heurtaux). Femme 47 ans. Peau du cou à la place d'une verrue liée précédemment. Début 3 ans.

1887. — (Chenantais). Femme 43 ans. Peau du cou. Début 1 an.

Paris.

1873. — Récidive chez homme de 53 ans. Mamelon. La première opération remonte à un an.

1875. — Femme 57 ans. Œil droit et orbite avec généralisation aux viscères. Début 2 ans.

1875. — Homme 54 ans. Foie et mélanose généralisée. Début 6 semaines.

1875. — Homme 52 ans. Blessure à la joue il y a trois ans, depuis 3 récidives successives.

Nantes.

1881. — (Dianoux). Femme 50 ans. Cornée droite. Marche peu rapide.

Paris.

1884. — Homme 61 ans. Sur le moignon résultant d'une énucléation de l'œil à la suite d'un accident. Début il y a 6 mois, et 6 mois après l'opération primitive.

Nantes.

1887. — (Heurtaux). Femme 60 ans. Région temporale, sur une tache que la malade possédait depuis de longues années.

1888. — (Chenantais). Femme 68 ans. Joue gauche. Début 3 ans.

1888. — (De Larabrie). Femme 67 ans. Foie. Troisième récidive en quelques mois.

Paris

1874. — Homme 74 ans. Joue droite. Début il y a 4 ans.

La marche des carcinomes mélaniques est, nous le

voyons, assez variable. Si quelques-uns se développent en un, deux ou six mois, la plus grande partie suit une marche plus lente et mettent deux, trois et même quatre ans à accomplir leur évolution.

Ces tumeurs affectent en effet une allure qui, dans la majorité des cas, porte en quelque sorte le même cachet.

C'est en général une cicatrice, une verrue une tache ou un nœvus pigmentaire qui en constituent le point de départ. Le développement se fait alors en général lentement avec une certaine apparence de bénignité relative et cela pendant une période souvent longue pouvant atteindre deux ou trois ans ; puis le tableau change et le néoplasme révèle alors toute sa malignité.

Dans un certain nombre de cas le patient est emporté par une mélanose généralisée à tous ses viscères. Dans les autres, une première récidive suit de quelques semaines l'ablation de la tumeur et nécessite une deuxième et quelquefois une troisième intervention et cela avec une rapidité que le chirurgien essaye en vain d'enrayer.

Les carcinomes mélaniques développés sur les verrues qu'ils soient pigmentés ou non, appartiennent le plus souvent à la variété dite carcinome réticulé.

Ils sont en général extrêmement malins. (Voir la thèse de M. Renoul (1).

Il serait difficile de dire si l'âge à ici une grande influence sur la rapidité de ce genre de néoplasme. Cependant le seul cas que nous possédons au-dessus de soixante-dix ans se trouve être précisément celui qui a présenté la marche la plus lente.

1. Renoul, Thèse inaug. 1892.

Voici le résumé de l'observation : Il s'agit d'un homme de 74 ans, entré en 1874 dans le service de M. Demarquay pour un carcinome mélanique de la joue droite dont le début remontait à quatre ans : « ce fait est intéressant par la lenteur d'une tumeur qui dans le plus grand nombre des cas se généralise plus rapidement ; peut-être le grand âge du malade n'est-il pas étranger à la lenteur de l'évolution de la maladie (1). »

Tout en admettant cette hypothèse comme probable, nous resterons sur la même réserve.

Quant à l'influence que l'âge peut avoir sur la structure de ce genre de tumeur, c'est là encore un point qu'il serait en ce moment prématuré de trancher, vu la rareté de ce genre de tumeur et le peu d'examens histologiques faits jusqu'ici à ce point de vue.

1. Bulletins Société anatomique de Paris, année 1874.

CHAPITRE IV.

EPITHÉLIOMES PAVIMENTEUX.

Jetons une vue d'ensemble sur le tableau général des épithéliomes pavimenteux, nous étudierons ensuite les différentes espèces de ce sous.genre.

	Nantes	Paris	Total
1-10	4	0	4
10-20	6	1	7
20-30	4	6	10
30-40	13	7	20
40-50	46	13	59
50-60	56	23	79
60-70	72	21	93
70-80	45	8	53
80-90	8	1	9
Total	254	80	334

Nous voyons que la jeunesse, sans être à l'abri de toutes les formes d'épithéliomes pavimenteux, est cependant relativement très épargnée.

Jusqu'à quarante ans il semble qu'on ait moins à redouter ce genre de tumeur que le carcinome, c'est du moins ce que nous indique l'étude comparée de leurs tableaux respectifs.

A quarante ans la courbe de fréquence commence à

s'affirmer, elle s'élève encore entre cinquante et soixante pour n'atteindre son summun qu'entre soixante et soixante dix ans.

Entre soixante-dix et quatre-vingts ans l'aptitude à contracter ce genre de tumeur est grande puisqu'elle est sensiblement égale à celle des gens de quarante à cinquante ans.

Au delà même de quatre-vingts ans ce chiffre, quoique faible, est encore relativement élevé vu le petit nombre des vieillards parvenant à cette période de la vie.

Rare dans l'enfance, l'épithéliome pavimenteux présente donc son maximum de fréquence entre cinquante et soixante-dix ans, en un mot c'est une tumeur de l'âge avancé.

Étudions maintenant chaque espèce de ce sous-genre car c'est surtout l'âge de ces espèces qu'il est surtout important et utile de connaître.

Epithéliome pavimenteux lobulé.

186 tumeurs, soit environ la moitié des épithéliômes pavimenteux, seront rangés dans ce tableau.

Voici leur mode de répartition aux différents âges de la vie.

	Nantes	Paris	Total
1-10 ans	0	0	0
10-20	1	1	2
20-30	0	2	2
30-40	4	1	5
40-50	22	7	29
50-60	36	13	49
60-70	47	10	57

70-80	33	2	35
80-90	7	0	7
Total	149	36	186

L'épithéliome lobulé est une tumeur relativement rare dans la première moitié de la vie. En effet nous ne possédons que 9 tumeurs ayant débuté avant quarante ans. C'est seulement à partir de cet âge que l'on voit leur nombre augmenter et atteindre le chiffre de cinquante-sept, c'est-à-dire presque le tiers, entre soixante et soixante-dix ans.

Au-delà de cet âge la proportion s'abaisse graduellement il est vrai, mais elle reste cependant toujours à un chiffre suffisamment élevé pour présenter encore sept néoplasmes au-delà de quatre-vingts ans.

Passons maintenant à l'énumération des cas qui pourront nous permettre de rechercher l'influence de l'âge sur la structure et la marche de ces tumeurs.

Paris.

1877. — Homme 24 ans. Tumeur du cuir chevelu. Début 11 ans, a grossie depuis 3 ans.

1870. — Homme 30 ans. Joue. Début 2 ans.

Nantes

1886. — (Heurtaux). Homme 35 ans. Tumeur sous maxillaire. Début 4 mois.

1878. — (Heurtaux). Femme 36 ans. Cuir chevelu. Début 2 ans et-demi.

1878. — (Heurtaux). Homme 35 ans. Joue (cicatrice de brûlure). Début 4 ans.

Paris.

1875. — Femme 42 ans. Lèvre sup. Début 1 an et-demi.

1877. — Homme 40 ans. Sur une plaque de pisoriasis du doigt. Début 1 an.

1887. — Homme 44 ans. Larynx. Début 2 ans.

1888. — Homme 44 ans. Larynx. Début 3 mois.

1889. — Femme 45 ans. Estomac et utérus. Début 6 mois.

1883. — Homme 49 ans. Pouce (sur une cicatrice). Début 1 an.

1891. — Homme 42 ans. Œsophage. Début 7 semaines.

Nantes.

1885. — (Heurteaux). Homme 46 ans. Voile du palais. Début 1 an.

1885. — (Heurtaux). Homme 45 ans. Lèvre inf. Début 15 mois.

1887. — (De Larabrie). Homme 41 ans. Jambe. Début 2 ans.

1887. — (Heurtaux). Homme 48 ans. Angle interne de l'œil. Début 3 ans.

1884. — Homme 49 ans. Lèvre inférieure. Début 2 mois.

1889. — (Poisson). Homme 48 ans. Nuque (sur cicatrice). Début 2 ans.

1889. — (Heurtaux). Homme 47 ans. Nez. Début 5 ans.

1876. — (Heurtaux). Homme 45 ans. Machoire inf. (Récidive, opéré il y a un an à la lèvre inférieure.

1878. — (Jouon). Femme 46 ans. Mamelle. Début 2 mois.

1881. — Homme 40 ans. Début 3 ans. Sur cicatrice d'obus remontant à 11 ans.

1888. — (De Larabrie). Homme 41 ans. Pavillon de l'oreille. Début 9 mois.

Paris.

1874. — Homme 52 ans. Genou. Début 2 ans.

1877. — Homme 58 ans. Langue. Début 1 an.

1877. — Homme 54 ans. Dos. Début il y a quinze ans sur tumeur érectile congénitale.

1878. — Homme 57 ans. Talon. Début il y a trois ans par un durillon.

1878. — Homme 50 ans. Verge. Début 6 mois.
1884. — Homme 53 ans. Langue. Début 3 mois.
1881. — Homme 59 ans. Verge. Début 2 mois.
1887. — Homme 59 ans Œsaphage. Début 4 mois.
1888. — Homme 56 ans. Larynx. Début 1 an.

Nantes.

1885. — (Poisson). Homme 50 ans. Lèvre inférieure. Début 1 an.
1885. — (Heurtaux). Homme 50 ans. Langue. Début 1 an.
1886. — (Heurtaux). Homme 59 ans. Lèvre inf. Début 1 an.
1886. — (Poisson). Homme 50 ans. Joue. (Récidive, opéré il y a 1 an et-demi).
1886. — (Poisson). Femme 59 ans. Lèvre inférieure. Début 4 ans.
1887. — (Malherbe). Homme 55 ans. Langue. Opéré il y a 1 an.
1887. — (Malherbe). Homme 50 ans. Paupière. Début 1 an.
1887. — (Heurtaux. Homme 50 ans. Plancher buccal. Début 15 mois.
1887. — (Heurtaux). Homme 56 ans. Lèvre inférieure. Début 5 ans.
1882. — (Heurtaux). Femme 50 ans. Grande lèvre. Début 10 ans.
1889. — (Heurtaux). Homme 58 ans. Main. Début 2 mois sur une verrue.
1889. — (Raingeard). Homme 54 ans. Maxillaire supérieur. Début 4 ans.
1889. — (Heurtaux). Femme 58 ans. Langue. Début 3 mois.
1890. — (Heurtaux). Femme 59 ans. Peau. Début 1 ans.
1878. — (Heurtaux). Homme 50 ans. Main gauche sur cicatrice de brûlure, corne à la main droite.
1879. — (Malherbe). Homme 50 ans. Lèvre supérieure. Début 2 mois.
1880. — (Heurtaux). Homme 50 ans. Front. Début 12 ans.
1881. — (Heurtaux). Homme 53 ans. Voile du palais. Début 8 mois.
1883. — (Heurtaux). Homme 58 ans. Orbite. Début 4 ans.
1888. — (De Labrarie). Homme 55 ans. Lèvre inférieure. Début 3 mois.

Paris.

1872. — Femme 65 ans. Bras. Début 20 ans. Sur un cautère.

1876. — Homme 61 ans. Larynx. Début. 18 mois.

1877. — Homme 67 ans. Œsophage. Début. 3 ans.

1886. — Homme 69 ans. Mâchoire inférieure. Début 6 semaines.

1887. — Homme 62 ans. Larynx. Début 5 mois.

1888. — Homme 63 ans. Larynx. Début 6 mois.

1889. — Homme 62 ans. Amygdale. Début 6 mois.

Nantes.

1885. — (Heurtaux). Femme, 68 ans, nez. Début 3 ans.

1885. — (Heurtaux). Femme, 66 ans, nez. Début 3 semaines.

1885. — (Heurtaux). Homme, 60 ans, lèvre inférieure. Début 5 mois.

1885. — (Heurtaux). Homme, 60 ans, nez Début 3 mois.

1885. — (Heurtaux). Femme, 62 ans, lèvre (commissure) opéré il y a 15 ans d'un épythéliome du front.

1886. — (Heurtaux). Femme 68 ans, Main. Début il y a 17 ans sur une verrue cautérisée.

1886. — (Heurtaux). Homme, 66 ans, maxillaire supérieur. Début 3 mois.

1886. — (Heurtaux). Homme, 60 ans. Ganglions sous-maxillaire. Déjà opéré deux fois à la lèvre inférieure.

1886. — (Malherbe). Homme, 60 ans, lèvre inférieure. Début 1 an.

1886. — (Malherbe). Homme, 60 ans, sur une cicatrice de la main. 3 opérations successives. Dégénérescence du nerf cubital.

1887. — (Malherbe). Homme, 65 ans, lèvre inférieure. Début récent.

1887. — (Heurtaux). Femme, 60 ans, joue. Début 2 mois.

1882. — (Heurtaux). Homme, 65 ans, lèvre inférieure, Début 4 ans.

1882. — (Heurtaux). Femme, 65 ans, langue début. 3 mois.

1882. — (Malherbe). Homme, 60 ans, verge. Début récent.

1882. — (Gruzet). Homme, 67 ans, lobule de l'oreille. Début 4 mois.

1882. — (Malherbe). Homme, 63 ans langue. Début 5 mois.

1882. — (Chenantais). Femme, 62 ans, lèvre inférieure. Début il y a 3 ans. Récidive et opération 6 semaines après.

1882. — (Josso). Homme, 60 ans, lèvre inférieure. Début 6 mois.

1882. — (Chenantais). Homme, 60 ans, ganglions. Opéré il y a 3 ans à la lèvre inférieure. La récidive daté de 2 mois.

1879. — (Chenantais). Homme. 60 ans, commissure buccale. Début 8 ans.

1880. — (Dianoux). Femme 67 ans, paupière inférieure. Début il y 15 ans sur une verrue.

1880. — (Chenantais). Homme, 60 ans, plancher de la bouche. 3 Recidives en 22 mois.

1880. — (Heurtaux). Femme, 60 ans, joue. Début 18 mois.

1881. — Malherbe. Homme, 62 ans, langue. Début 2 mois, récidive 6 mois après.

1883. — Homme. 66 ans, main. Début il y a deux ans.

1883. — Homme. 65 ans, verge. Début 10 ans.

1883. — Homme, 64 ans, récidive, 6 mois après la première opération à la lèvre inférieure.

1883. — Femme, 60 ans, aile du nez. Début 6 semaines.

1883. — (Heurtaux). Homme, 69 ans. lèvre inférieure. Début 6 mois.

1888. (Heurtaux). Homme, 66 ans, tempe. Début 8 ans.

1888. — (Heurtaux). Femme, 64 ans, sein. Début 6 mois.

1888. — Homme, 68 ans, cuisse. Début 3 ans.

1888. — (De Larabrie). Homme, 69 ans, lèvre inférieure. Début 3 ans.

Paris.

1870. — Homme, 71 ans, verge. Début 6 mois.

1884. — Homme, 72 ans, œsophage. Début 3 mois.

Nantes

1886. — (Heurtaux). Homme, 78 ans, région malaire. Début 4 ans.

1886. — (Heurtaux). Femme, 79 ans, orbite. Début 4 ans.

1886. — (Saquet). Femme, 72 ans, sourcil. Début 2 ans.

1889. — (Gruget). Femme, 74 ans, maxillaire inférieur. C'est une 3me récidive ayant évolué en 3 mois.

1889. — (Heurtaux). Homme, 74 ans, lèvre inférieur. Début 18 mois.

1889. — (Heurtaux). Femme, 73 ans, nez. Récidive d'une opération faite il y a 12 ans, ici l'évolution s'est accomplie en 8 ans.

1889. — (Heurtaux). Homme 79 ans, lèvre inférieure. Début 16 mois.

1878. (Heurtaux). Homme, 74 ans, lèvre inférieure. Début 6 mois.

1880. — (Heurtaux). Homme, 70 ans, lèvre inférieure. Début 2 ans.

1881. — (Heurtaux). Homme, 72 ans, lèvre inférieure. Début 4 ans.

1888. — (Heurtaux). Homme, 73 ans, lèvre inférieure. Début 8 ans.

1888. — (Rainjeard). Homme, 77 ans, plancher de la bouche. Début 3 mois.

1888. — (Heurtaux). Homme, 73 ans, lèvre inférieure. Début 4 mois.

1888. — (Heurtaux). Homme, 72 ans, multiples de la face. Début 15 ans.

1888. — (Lerat), Femme, 73 ans, région massétérine sur une verrue. Début 2 mois.

1888. — (Gruget). Femme. 74 ans, lèvre inférieur. Début 7 ans.

1886. — (Heurtaux). Homme, 86 ans, lèvre inférieure. Début 6 ans.

1887. — Homme, 84 ans, région mastoïdienne. Début 6 mois.

1884. — (Dianoux). Homme, 83 ans, conjonctive. Début 8 ans.

1889. — (Heurtaux). Homme, 80 ans. lèvre inférieur. Opéré pour la première fois il y a cinq ans. C'est la ciquième opération.

1878. — (Heurtaux). Homme, 80 ans. Début de 8 ans.

1888. (Malherbe). Femme, 80 ans, dos du nez. Début 1 an.

L'étude de ces faits nous montre la marche envahissante et progressive mais non continue de ce néoplasme. Il peut rester stationnaire pendant des années lorsqu'il

siège en des régions où il n'est pas exposé au traumatisme, et surtout lorsqu'il n'est pas stimulé par des applications de pommades irritantes. C'est surtout à la face que nous observons des épithéliômes pavimenteux lobulés qui en 10 ans et plus n'atteignent pas le volume d'une noisette et ne s'ulcèrent pas à la surface tégumentaire. Même à l'état ulcéreux, nous voyons souvent ces tumeurs rester stationnaires, alors que les ganglions voisins présentent l'induration et l'augmentation de volume caractéristique.

Il n'est pas rare qu'il s'écoule dix ans avant que le malade se décide à faire enlever son néoplasme, et, dans un très grand nombre de cas, l'évolution première, celle qui est pour ainsi dire la période de constitution de la tumeur, comprend elle-même plusieurs années.

La jeunesse semble relativement à l'abri de ce genre d'épithéliome, néanmoins on l'a observé dans l'enfance, et le fait de Cullingworth, d'un épithéliome du pylore (1) chez un enfant de cinq semaines, démontre que le néoplasme peut avoir une origine congénitale.

L'âge, au contraire, avec la décadence et les altérations des tissus qui l'accompagnent, expose, à des degrés variables, la plupart des tissus épithéliaux à être atteints de ce genre de tumeur.

Aussi quoique nous trouvions le maximum de fréquence entre soixante et soixante-dix ans, nous tiendrons compte de la diminution progressive et rapide qui survient dans le chiffre de la population, et nous recon-

1. Dictionnaire de Dechambre (Article Epithéliome).

naîtrons avec M. Heurtaux (1), que l'aptitude à contracter ce néoplasme, loin de s'affaiblir avec l'âge, a tendance à augmenter.

Il est un autre facteur qui, comme l'âge vient en accroître le nombre ; nous voulons parler de l'action de l'inflammation chronique et d'une irritation longtemps prolongée. Cette fâcheuse influence peut être prouvée par de nombreux exemples. Le passage graduel du psoriasis et de l'icthyose de la langue à l'état d'épithéliome, de la verrue des ramoneurs à l'état de cancer, des plaies simples et des verrues des lèvres à l'état de cancroïde sont des faits connus de tous les chirurgiens.

Il est une cause d'irritation chronique sur laquelle M. A. Malherbe a attiré l'attention (2) dans diverses observations publiées dans les bulletins de la Soc. anat. de Nantes. Nous voulons parler de l'irritation chronique produite par les cicatrices de brûlure et de l'influence que ces cicatrices exercent sur le développement des tumeurs épithéliales.

Nous possédons plus de 20 cas d'épithéliomes développés sur des cicatrices anciennes résultant de brûlures par des agents physiques et chimiques, de plaies par armes à feu, d'anciens vésicatoires suppurants, entretenus pendant des années. Il est probable que dans ce cas la rétraction du tissu cicatriciel irrite très faiblement mais d'une manière continue les orifices des glandes sébacées gêne l'issue du produit de sécrétion et détermine la prolifération des cellules de la glande. Il se peut aussi que

1. Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie, tome 6, p. 188 (Heurtaux).

2. Durand, Th. de Paris, 1887.

dans ce cas l'épithéliome nouveau qui recouvre la cicatrice ait plus de tendance à proliférer ou à dégénérer qu'un épithéliome normal. Quelle que soit du reste l'explication de l'influence des cicatrices sur la production des tumeurs épithéliales, le fait n'en est pas moins constant. Cette influence des cicatrices est démontrée par ce fait, qu'on y observe des épithéliomes dans des régions où l'épithéliome ne se voit pas habituellement, et à un âge beaucoup moins avancé que l'âge moyen auquel ils apparaissent.

L'épithéliome lobulé qui, au fur et à mesure de son accroissement détruit les tissus qu'il envahit, est donc une altération des plus graves. Cependant en raison de la lenteur de son évolution, surtout dans l'âge avancé, et de son peu de tendance à produire des métastases, du moins au delà des glandes lymphatiques régionales ; il doit être regardé comme une des formes les moins redoutables du groupe des cancers. Il convient toutefois d'excepter certains épithéliomes de la muqueuse buccale, et surtout ceux de la langue qui sont extrêmement malins.

S'il est arrivé de voir la guérison suivre la destruction complète de cette lésion, il faut reconnaître que le plus souvent dans le courant de l'année qui suit l'ablation, la cicatrice ou les ganglions deviennent le siège d'une tumeur analogue à l'ancienne.

Toutes choses égales d'ailleurs, le pronostic est d'autant plus redoutable que les éléments qui constituent le néoplasme ont moins de tendance à passer à l'état corné et que celui-ci occupe une région plus vasculaire et surtout plus riche en vaisseaux lymphatiques.

Cette tendance à la kératinisation, fréquente surtout chez le veillard sous le nom de *Noli tangere*, se traduit souvent par un état indéfiniment stationnaire de la tumeur, si aucune cause d'irritation ne vient en hâter la marche.

C'est dans cette espèce enfin que rentre l'épithéliome perlé ; petite tumeur ronde comme l'indique son nom, sèche, d'un blanc brillant à cellules aplaties, incolores et sans noyaux, résultat de la transformation des cellules épidermiques en cellules cornées. Leur bénignité presque absolue ne réclamant pas l'intervention du chirurgien, fait qu'on ne les rencontre qu'accidentellement.

Epithéliome pavimenteux tubulé (1).

Quoique moins nombreux que les précédents, les épithéliomes pavimenteux tubulés s'élèvent à 122, soit plus du tiers de l'ensemble des épithéliomes pavimenteux.

Voici tout d'abord leur mode de répartition aux différents âges de la vie :

	Nantes.	Paris.	Total.
1 à 10	0	0	0
10 20	1	0	1

1. L'épithéliome tubulé, au point de vue morphologique, est intermédiaire entre l'épithéliome lobulé et le carcinome. Il se distingue du premier parce qu'il n'a pas de tendance à l'épidermisation des cellules, et du second, parce qu'on ne peut par le pinceau y démontrer que de grandes cavités et non une trame alvéolaire. Mais il n'y a pas de barrière réelle, et l'on trouve des tumeurs de transition que l'on peut d'une part appeler à volonté épithéliome tubulé ou bien épithéliome lobulé, et à l'autre extrémité de la série, des tumeurs (utérus par exemple) que l'on peut appeler à volonté épithéliome tubulé ou carcinome.

20	20	1	2	3
30	40	7	4	11
40	50	20	6	26
50	60	19	10	29
60	70	23	11	34
70	80	10	6	16
80	90	1	1	2
	Total	82	40	122

L'épithéliome pavimenteux tubulé est, comme l'épithéliome lobulé, une tumeur relativement rare dans la première moitié de la vie. Nous n'en possédons en effet que quinze cas ayant débuté avant quarante ans. C'est seulement à partir de cet âge que l'on voit leur nombre augmenter et atteindre successivement vingt-six, puis vingt-neuf et enfin trente-quatre, c'est-à-dire le sommet de la courbe de fréquence entre soixante et soixante-dix ans.

La proportion est encore forte entre soixante-dix et quatre-vingts ans ; nous y trouvons en effet 16 tumeurs de ce genre, au delà nous n'en possédons que deux.

Nous reproduisons succinctement ici les cas dont le début nous est connu ; ils nous serviront à rechercher l'influence de l'âge sur la structure et la marche de ces néoplasmes.

Paris

1871. — Femme, 25 ans, lèvre supérieure. Début 6 mois.

1871. — Femme, 21 ans, racine de l'ongle. Début 10 ans. un an après récidive.

Namtes.

1885. — (Poisson). Homme, 14 ans, lèvre supérieure. Début 2 ans (1).

1880. — (Heurtaux). Homme, 27 ans, cuir chevelu. Début 6 ans.

1876. — (Malherbe). Femme, 30 ans, col utérin. Début 3 ans.

1877. — (Heurtaux). Femme, 35 ans. Mamelle. Récidive d'une opération faite il y a 11 mois.

1880. — (Malherbe). Homme, 35 ans. Paupière. Début 4 ans.

1888. — (De Larabrie). Femme, 32 ans. Col utérin. Début 2 ans.

Paris

1884. — Femme, 32 ans. Mamelle. Début 1 an.

1890. — Femme, 34 ans. Col utérin. Début 2 ans.

Nantes.

1885. — (Heurtaux). Femme, 45 ans. Sein. Début 5 mois.

1885. — (Heurtaux). Femme, 47 ans. Maxillaire droit. Début 5 mois.

1886. — (Malherbe). Homme, 45 ans. Pavillon de l'oreille. Début 7 mois.

1886. — (Heurtaux). Femme, 47 ans. Sein. Début 2 mois.

1887. — (Heurtaux). Homme, 40 ans. Nez. Début 2 ans.

1887. — (Poisson). Femme, 45 ans. Col utérin. Début 2 à 3 ans.

1880. — (Heurtaux). Homme, 47 ans. Voute palatine. Début 22 ans.

1887. — (Poisson). Femme, 44 ans. Utérus. Récidive six mois après.

1889. — (Chenantais). Femme, 49 ans. joue Début 5 ans.

1890. — (Heurtaux). Homme, 44 ans. Angle de la machoire. Début 2 ans.

1. Cas très curieux, la tumeur non ulcérée était jaunâtre, on aurait pensé plutôt cliniquement à un tubercule. Mais nos préparations nous ont montré qu'il s'agit d'un E. tubulé type ; l'allure clinique paraissait bénigne.

1881. — (Chenantais). Homme, 45 ans. Récidive sur le mamelon d'une opération pratiquée l'année précédente.

1883. — (Raingeard). Femme, 48 ans. Menton. Début 18 mois.

1888. — (Heurtaux). Femme, 45 ans. Tempe. Début 1 an sur verrue.

1888. — (Heurtaux) Femme, 40 ans. Nez. Début 2 ans.

1888 — (Jouon). Femme, 46 ans. Joue gauche. Début 3 ans.

Paris

1872. — Homme, 48 ans. Région parotidienne. Début 10 ans.

.873. — Homme, 46 ans. Œsophage. Début cinq ans.

1876. — Homme, 45 ans. Voûte palatine. Début 5 mois.

1888. — Homme, 42 ans. Tête du pancréas. Début 2 mois.

1888. — Femme, 45 ans. Rein. Début 6 mois.

1889. — Femme, 42 ans. Rein. Début 10 ans,

Nantes.

1886. — (Heurtaux). Femme, 54 ans. Nez. Début 18 mois.

1886. —(Malherbe). Homme, 55 ans. Langue. Début 3 mois, plus tard récidive).

1887. — (Heurtaux). Homme, 54 ans. Langue. Début 3 mois.

1889. — (Heurtaux). Homme, 58 ans. Nez. Début 10 ans.

1889. — (Heurtaux). Homme, 53 ans. Lèvre inférieure. Début 3 ans.

1890. — (Poisson). Homme 58 ans. Luette. Début 1 an.

1879. — (Chenantais). Femme, 58 ans. Sur cicatrice du nez. Début 12 ans,

1880. — Heurtaux), Femme, 57 ans. Nez. Début 14 ans.

1881. (Josso). Femme, 54 ans. Paupière. Début 4 ans.

1881. — (Heurtaux). Homme, 50 ans. Nez. Début 10 ans.

1883. (Heurtaux). Femme, 50 ans. Sein. Début 5 mois.

1888, (Heurtaux), Femme, 55 ans, Lèvre supérieure. Début 10 mois.

Paris.

1870. — Homme, 56 ans. Œsophage. Début apparent. 2 semaines.

1870. — Homme, 54 ans. Sac lacrymal. Début 10 mois.

1876. — Homme 56 ans. Nez. Début 7 mois.

1886. — Homme 53 ans. Œsophage. Début 15 mois.

1887. — Femme 57 ans. Vésicule biliaire. Début 1 an.

1887. — Femme 58 ans. Muqueuse du corps de l'utérus. Début 3 ans.

1883. — Homme 53 ans. Vessie. Début 2 ans.

Nantes.

1885. — (Heurtaux). Femme 62 ans. Opérée 11 ans avant à la lèvre supérieure.

1885. — (Heurtaux). Femme 68 ans. Cou, sur une verrue. Début 10 ans.

1885. — (Heurtaux). Femme 61 ans. Sein. Début 10 mois.

1886. — (Dianoux). Femme 65 ans. Angle de l'œil. Début 18 mois.

1886. — (Heurtaux). Homme 69 ans. Joue gauche. Début 3 ans.

1887. — (Heurtaux). Homme 60 ans. Face. Début 7 mois. Dos. Début 15 mois.

1887. —(Heurtaux). Homme 69 ans. Joue. Début 6 mois.

1889. — (de Larabrie). Homme 60 ans. Lèvre inférieure. Récidive 3 mois après dans les ganglions sous-maxillaires.

1889. — (Josso). Homme 62 ans. Joue. Début 3 ans.

1889. — (Boiffin). Homme 62 ans. Maxillaire supérieur. Début 16 ans.

1889. — (Malherbe). Femme 60 ans. Sur une tache congénitale de la poitrine. Début 18 mois.

1879. — (Heurtaux). Homme, 67 ans. Joue. Début 8 ans.

1881. — (Chenautais). Homme, 64 ans. Joue. Début 10 ans.

1883. — (Heurtaux). Femme, 68 ans. Menton. Début 4 ans.

1888. — (Poisson). Femme, 65 ans. Sein. Récidive d'une opération faite il y a 5 ans.

1888. — (Heurtaux). Homme, 69 ans. Lèvre inférieure. Début 6 ans.

Paris.

1873. — Homme, 64 ans. Œsophage. Début 3 mois.

1873. — Femme, 62 ans. Maxillaire inférieur. Début 1 an.

1878. — Homme, 60 ans. Œsophage. Début 7 mois.

1882. — Femme, 65 ans. Vésicule biliaire. Début 6 mois.

1885. — Femme, 60 ans. Jambe, sur ulcère variqueux. Début 3 mois.

1889. — Homme, 60 ans. Noyaux multiples dans les os et les reins. Début 6 mois.

1883. — Homme, 60 ans. Opéré il y a 10 ans à la fesse. Récidive il y a 3 mois.

1883. —Femme, 60 ans. Kyste dermoïde de l'ovaire et généralisation aux différents viscères. Début 3 mois.

Nantes.

1885. — Femme, 74 ans. Sein. Début 4 mois.

1884. — (Dianoux). Homme 78 ans. Orbite. Début 2 ans.

1884. — (Heurtaux). Homme 71 ans, Lèvre inférieure. Début 10 ans.

1880. — (Heurtaux). Homme, 74 ans. Face sur cicatrice de morsure. Début 6 ans.

1888. — (De Larabrie). Homme, 71 ans. Lèvre supérieure. Début 5 ans.

1888. — (De Larabrie). Homme, 75 ans. Lèvre inférieure. Début 5 mois.

Paris.

1870. — Femme, 70 ans. — Sur des productions verruqueuses. Débul 7 ans. Plus lard récidive et généralisation.

1873. — Femme, 70 ans. Fosse temporale. Début 20 ans.

1887. — Femme, 71 ans. Tête du pancréas. Début 1 an.

1883. — Femme, 76 ans. Front. Début 15 mois,

Nantes.

1882. (Heurtaux). Homme, 84 ans. Joue. Début depuis plusieurs années.

Paris.

1892. — Femme, 89 ans. Sur une escharre provenant d'une gelure du nez. Début 10 ans.

Ce qui ressort de cette énumération c'est la marche relativement lente de ce genre de tumeur. A la face en particulier, certains épithéliomes tubulés ont une marche beaucoup moins rapide que celle des épithéliomes lobulés.

Fréquents dans la vieillesse ou on les voit souvent rester stationnaires pendant de longues années, ils ont aussi peu de chance de récidiver, lorsqu'ils sont bien enlevés. C'est entre beaucoup d'autres, le cas de ce vieillard de 84 ans qui portait depuis plusieurs années un néoplasme de cette espèce à la joue. Longtemps il conserva le même volume, mais comme à un moment il présentait une certaine extension, en 1882 M. Heurtaux l'enleva, le malade guérit et seize mois après l'opération il ne présentait aucune récidive.

Certaines petites ulcérations en cupule dites *ulcus rodens*, peu progressives, mais n'ayant aucune tendance à la guérison spontanée sont des E. tubulés à petites cellules. Dans ces tumeurs relativement bénignes et guérissant bien, si on les enlève de bonne heure on trouve que les masses épithéliales sont composées d'éléments jeunes si petits et si serrés, que c'est à grand peine si l'on peut voir les limites des cellules. Il y a là un cas particulier assez intéressant, celui de cellules d'apparence presque embryonnaires observées dans une tumeur qui a, contrairement à ce qu'on aurait pu prévoir, une marche très lente.

M. Verneuil a insisté sur la bénignité relative de ces sortes de cancroïdes et MM. Cornil et Ranvier ont signalé une observation sur un épitheliome tubulé de la peau du pied enlevé par M. Richet, où il y avait des parties cicatrisées. Ce fait du reste est assez fréquent chez les vieil-

lards, et constitue un argument de plus, en faveur de la bénignité relative de ces néoplasmes à cette période de l'existence. Disons enfin que les cas à évolution rapide sont rares et que cette tumeur a peu de tendance à se généraliser aux viscères comme les tumeurs du genre carcinome et en particulier les cancers encéphaloïdes ou mélaniques, tout au plus le système ganglionnaire de la région est-il affecté.

Toutefois, malgré la marche lente qu'affectent ces tumeurs, surtout à un âge avancé, une pommade irritante, un traumatisme venant stimuler leur activité cellulaire, jusque-là stationnaire, provoque un développement rapide conduisant promptement à un dénouement fatal.

Si comme nous l'avons dit, on peut citer un certain nombre de guérisons spontanées ou chirurgicales, nous devons cependant reconnaître que souvent dans le courant de l'année qui suit l'ablation, la cicatrice devient le siège d'une tumeur analogue à l'ancienne.

Toutes choses égales d'ailleurs le pronostic semble d'autant plus redoutable que les éléments épithéliaux qui constituent le néoplasme sont en plus grand nombre et que celui-ci occupe une région plus vasculaire et surtout plus riche en vaisseaux lymphatiques. Aussi les cas les plus graves sont-ils ceux où la langue (1), l'œsophage ou le col de l'utérus sont atteints. Nous pouvons nous convaincre par l'étude des faits que dans ces derniers organes la lésion évolue en quelques mois, alors que pour

1. Les tumeurs de la langue et de l'œsophage sont plus souvent des E. lobulés que des E. tubulés. L'utérus au contraire présente des formes intermédiaires entre l'E. tubulé et le carcinome.

d'autres et en particulier la peau de la face, le néoplasme met 5, 10, 15 et même 20 ans à accomplir son évolution.

Le mot *noli tangere,* sous lequel on désigne quelquefois ces néoplasmes, indique qu'il ne faut pas toucher à ces tumeurs à moins de les détruire complètement. En effet toute cautérisation incomplète (au moins pour les tumeurs de la face) est dangereuse.

Pour l'utérus une ablation ou une cautérisation palliative est souvent suivie de bons effets parceque l'intervention suspend les hémorrhagies.

Epithéliome pavimenteux diffus (1).

Nous ne possédons que 9 épithéliomes pavimenteux diffus, c'est-à-dire la trente-septième partie du chiffre total des épithéliômes pavimenteux.

Voici leur mode de répartition aux différents âges de la vie.

	Nantes.	Paris.	Total.
1 à 10	0	0	0
10 20	0	0	0
20 30	0	1	1
30 40	1	1	2
40 50	2	0	2
50 60	0	0	0
60 70	1	1	2
70 80	2	0	2
80 90	0	0	0
Total	6	3	9

1. A l'exemple de notre maître M. Malherbe, nous donnons le nom d'épithéliomes diffus à de petites tumeurs que nous n'avons guère observée qu'à la tête. Dans ces tumeurs les cellules sont diffuses comme celles du carcinome, mais on ne peut pas obtenir de trame alvéolaire par le pinceau Cliniquement ils ne diffèrent pas des E. lobulés ou tubulés.

Le petit nombre d'épithéliomes diffus que nous possédons, nous empêche d'établir une courbe de fréquence aux différents âges de la vie.

Il semblerait, d'après ces quelques faits que rares avant vingt ans ces tumeurs présentent deux maximum l'un entre trente et cinquante, l'autre entre soixante et quatre-vingts ans.

Nous nous défendons de vouloir formuler des conclusions sur un si petit nombre de cas, elles reposeraient trop sur le hasard, et seraient par là même anticipées.

Nous nous bornerons donc dans ce chapitre à l'énoncé et àl'étude des faits que nous possédons.

Nous citons ces cas, en faisant quelques réserves, parce que nous ne sommes pas sûrs, que les faits, pris dans les auteurs, soient suffisamment semblables aux notres.

Cette réserve s'applique principalement aux tumeurs viscérales : nos épithéliomes diffus provenant tous de la peau.

Paris.

1880. — Homme 28 ans. Cancer infiltré de l'estomac, et carcinome miliaire secondaire du péritoine. Début 2 mois.

1884. — Femme 34 ans. Sinus maxillaire. Début 2 mois.

Nantes

1886. — (Heurtaux). Femme 38 ans. Sein. Début 1 an.

1887. — (Heurtaux). Femme 40 ans. Sein. Début 1 an.

1888. — (Heurtaux). Femme 47 ans. Sein. Début 2 mois.

Paris.

1882. — Homme 66 ans. Epitéliome infiltré de la main, foyers

épithéliomateux à distance dans la gaine du nerf médian. A la suite d'une piqûre du dos de la main il y a 4 ans. Amputation : Ep. infiltré du tissu cellulaire sous-cutané ; et le long du nerf médian, série de foyers épithéliomateux siégeant dans la gaine conjonctive de chaque faisceau nerveux.

Nantes.

1884. — (Poisson). Homme 65 ans. Tumeur volumineuse de la lèvre inférieure. Récidive d'une tumeur développée aux dépens des glandes salivaires de la lèvre et opérée précédemment.

1880. — (Dianoux). Epithéliome diffus de la paupière, chez une vieille femme. Marche assez lente.

1888. — (Heurtaux). Femme 72 ans. Foie. Début 6 mois.

Ces tumeurs diffèrent du carcinome par l'impossibilité d'obtenir un réseau alvéolaire, et des épithéliomes lobulés et tubulés parce que les cellules épithéliales ne sont pas réunies en masses bien circonscrites comme dans ces deux dernières formes.

Cliniquement l'épithéliome diffus ne nous paraît pas différer notablement des autres épithéliomes cutanés.

L'examen des cas nous montre que si trois de ces tumeurs ont pu évoluer en deux mois en revanche les autres ont mis de 1 à 4 ans à se développer.

Aussi dirons-nous que si au point de vue histologique ce néoplasme semble le trait d'union, la forme en quelque sorte de transition, entre les carcinomes et les épithéliomes lobulés et tubulés : de même aussi son évolution semble être un moyen terme entre la rapidité des premières et la lenteur relative des autres.

Epithéliome pavimenteux calcifié.

L'épithéliome calcifié présente morphologiquement la structure générale de l'E. lobulé ou tubulé ; mais ses cel-

lules sont *dès l'apparition* de la tumeur envahies en totalité ou en partie par la calcification.

La trame est formée soit de tissu fibreux peu vasculaire, soit d'os vrai. Les cellules épithéliales sont grises, granuleuses avec un noyau totalement vésiculeux, clair, d'aspect pathognomonique dans les parties calcifiées. Ces cellules se développent le plus souvent aux dépens de cellules géantes multinucléés qui se segmentent de la manière indiquée par Robin. Lorsque la calcification est totale la tumeur s'arrête dans son évolution et devient un véritable *caput mortuum* susceptible d'être éliminé.

Les E. calcifiés varient du volume d'une tête d'épingle à celui du poing. Ils sont essentiellement bénins et n'envahissent jamais les ganglions. L'E. calcifié a inspiré à Virchow, l'étrange conception des exostoses discontinues, tumeurs absolument imaginaires.

Nous étudierons dans ce chapitre dix-huit épithéliomes calcifiés ; cette tumeur est relativement rare puisqu'elle ne rentre que pour un dix-huitième dans le chiffre total des épithéliomes pavimenteux.

Voici ces néoplasmes groupés d'après leur époque d'apparition aux divers âges de la vie.

	Nantes	Paris	Total
1 à 10	4	0	4
10 20	3	0	0
20 30	3	2	5
30 40	0	1	1
40 50	2	0	2
50 60	2	0	2

60	70	1	0	1
70	80	0	0	0
		—	—	—
Total		15	3	18

Nous le voyons, les épithéliomes calcifiés se rencontrent à tous les âges de la vie, mais plus particulièrement peut-être dans l'enfance et la jeunesse, c'est du moins ce qui ressort du petit nombre de cas que la rareté de la tumeur nous a permis d'enregistrer.

De trente à soixante ans le taux de la fréquence devient déjà un peu plus faible, il diminue encore dans les dix années suivantes et disparaît ensuite.

En un mot les chiffres de notre tableau suivent une sorte de progression descendante de l'enfance vers la vieillesse.

Passons maintenant à l'énumération des cas qui pourront nous permettre de rechercher l'influence de l'âge sur la structure et la marche de ces tumeurs.

Nantes.

1889. — (Raingeard). Fille, 5 ans, nuque. Début 1 an.

1889. — (Heurtaux). Enfant, 8 mois, joue. Début 2 mois.

1879. — (Heurtaux). Enfant, 16 mois, lobule de l'oreille. Début 2 mois.

1883. — (Heurtaux). Enfant de 7 ans, joue droite.

1885. — (Malherbe). Garçon, 10 ans et demie, sourcil. Début 1 an.

1878. — (Heurtaux), Fille 14 ans, cou.

1872. — (Heurtaux). Jeune homme, 18 ans, avant-bras. Début plusieurs années.

1879. — (Berruyer et Ravazé). Jeune fille, 20 ans. Début plusieurs années.

1883. — (Heurtaux). Fille, 21 ans, sourcil. Début 2 ans.
1888. — Fille. 21 ans, partie externe de l'avant-bras. Début 1 an.

Paris.

1889. — Femme, 20 ans, sourcil.
1872. — Femme, 27 ans, sourcil droit. Début ancien.
1890. — Homme 30 ans, région temporale.

Nantes.

1881. — (Dianoux). Homme, 45 ans, sourcil. Début très ancien.
1888. — (Heurtaux). Homme, 45 ans, sourcil. Début 5 mois.
1885. — (Poisson), homme 50 ans, bras.
1878. — (Heurtaux). Femme, 56 ans, partie postérieure de la tête. Début 25 ans.
1889. — (Malherbe). Homme, 63 ans, avant-bras. Début 12 ans.

Nous ne nous arrêterons pas à la description de ces tumeurs, elles ont été décrites pour la première fois par M. Malherbe dans l'encyclopédie internationale de chirurgie et dans un mémoire spécial couronné en 1881 par la Société de chirurgie (prix Laborie) ; nous renvoyons le lecteur à ces ouvrages, il y trouvera une étude approfondie de la question (1).

Ici comme précédemment nous nous bornerons à rechercher dans l'analyse des faits, l'influence de l'âge sur la structure et la marche de ces tumeurs.

Nous remarquons que ces néoplasmes occupent généralement la tête et le cou, et exceptionnellement le bras ou l'avant-bras.

Leur structure paraît uniforme et bien semblable à

1. Voir aussi, *Archives de Physiologie*, et thèse de Chenautais, 1880.

elle-même dans tous les cas, et quel que soit l'âge du porteur.

Dures et calcifiées dans une grande partie de leur étendue, ces tumeurs se présentent à l'œil nu comme une sorte d'éponge calcaire dont les cavités sont remplies par des parties molles. D'une dureté comparable à celle du tissu osseux, elles se brisent et s'écrasent facilement.

Il est permis de se demander si ce n'est pas justement en raison de l'âge des malades que les E. calcifiés présentent cet envahissement calcaire caractéristique et leur bénignité si particulière. Quelques faits observés chez des vieillards nous empêchent d'être affirmatifs à cet égard. En tout cas nous ne craignons pas de dire que l'E. calcifié est vraiment l'épithéliôme de l'enfance et de la jeunesse.

Quelle que soit l'époque de la vie à laquelle ils apparaissent, ces néoplasmes se présentent en effet toujours comme une tumeur bénigne, à accroissement extrêmement lent, et n'ayant pas de tendance à la récidive après l'ablation.

En un mot, ce sont des épithéliômes dont les éléments cellulaires frappés d'impuissance par la pétrification précoce qu'ils subissent, ne sont pas susceptibles d'acquérir la malignité des cellules épithéliales ordinaires.

Cette bénignité et la lenteur de leur évolution explique comment il se peut, que dans les cas que nous rapportons, le début remonte à 5, 12 et même 25 ans, sans que le sujet ait songé à réclamer l'intervention du chirurgien. Ils n'y ont recours que le jour où une complication accidentelle les oblige à s'en débarrasser.

Depuis les recherches de M. Malherbe, quelques auteurs ont soutenu que l'E. calcifié n'était pas une espèce à part, mais un épithéliôme quelconque qui se calcifiait pour des raisons inconnues (par suite d'une fermentation microbienne (Bard). Cette opinion est inadmissible : 1° Il n'existe pas d'E. vulgaires plus fréquents dans la jeunesse que dans l'âge mur; 2° l'E. calcifié est calcifié dès les premiers temps de son apparition fût-il gros comme une tête d'épingle; 3° aucune autre espèce ou variété d'épithéliôme ne présente *fréquemment* de l'os vrai dans sa trame, tandis que la trame *d'os vrai* est commune dans l'E. calcifié.

Donc l'E. calcifié tel que M. Malherbe l'a fait connaître le premier est bien une espèce à part par ses cellules, sa trame, ses caractères cliniques et ses conditions étiologiques. Le seul auteur qui ait bien vu avant M. Malherbe un E. calcifié est Martin Wilckens (thèse de Gœttingue, 1858); mais cet auteur n'ayant qu'un fait à sa disposition, n'a pu arriver aux résultats obtenus par M. Malherbe qui en possédait 13 lors de la publication de son travail et qui depuis en a observé sept ou huit nouveaux cas, confirmant ses premières recherches.

Epithéliomes cylindriques.

Voici aux différents âges de la vie, le mode de répartition des 69 épithéliomes cylindriques que nous possédons.

Remarquons cependant au point de vue de la fréquence de ce genre de tumeur, que ce chiffre est environ quatre fois moindre que celui de l'ensemble des carcinomes, et

cinq fois plus faible aussi que celui de la totalité des épithéliomes pavimenteux.

	Nantes	Paris	Total
1 à 10	1	0	1
10 20	0	0	0
20 30	1	4	5
30 40	1	2	3
40 50	5	9	14
50 60	7	10	17
60 70	5	11	16
70 80	4	7	11
80 90	1	1	2
Total	25	44	69

L'épithéliome cylindrique est une tumeur relativement rare jusqu'à 40 ans.

C'est seulement à partir de cet âge que l'on voit leur nombre augmenter sensiblement dans les dix années suivantes, et présenter enfin le maximum entre 50 et 60 ans.

Au-delà de cet âge la proportion s'abaisse graduellement il est vrai, mais elle reste cependant toujours à un chiffre suffisamment élevé pour présenter encore deux néoplasmes au-delà de la quatre-vingtième année.

Nous reproduisons succinctement ici les cas dont le début nous est connu, ils nous serviront à rechercher l'influence de l'âge sur la marche de ces épithéliomes.

Nantes.

1888. — (Gruget). Petite fille de deux ans et demie. Fosse ischio rectale. Opération (récidive et mort). Début plusieurs mois.

1888. — (Heurtaux). Femme 24 ans. Ovaire. Début 8 mois.

Paris.

1876. — Femme 25 ans. Rectum. Début 3 mois.

1881. — Homme 23 ans. Testicule. Début 3 mois.

1888. — Homme 25 ans. Rectum. Début 2 ans.

1889. — Homme 20 ans. S iliaque. Début récent.

Nantes.

1885. — Femme 37 ans. Ovaire. Début 1 an (plus tard récidive et mort).

Paris.

1872. — Femme 35 ans. Rein. Début 1 an et demi.

1874. — Homme 36 ans. Généralisé aux organes abdominaux et pelviens. Début 3 mois.

Nantes.

1886. — (Heurtaux) Femme 40 ans. Début 1 an.

1889. — (Heurtaux). Femme 40 ans. Début 4 mois.

1890. — (Heurtaux). Femme 48 ans. Col utérin. Début 8 mois.

1888. — (Heurtaux). Femme 45 ans. Mamelle. Début 10 mois.

1888. — (Heurtaux) Femme 48 ans. Utérus. Début 6 mois.

Paris.

1875. — Femme 47 ans. Poumon. Début 1 mois (mort).

1879. — Homme 49 ans. Pleurésie cancéreuse. Début 20 jours.

1882. — Homme 48 ans. Valvule iléo cæcale. Début 15 mois.

1881. — Femme 45 ans. Rétrécissement de l'S iliaque. Début 1 an.

1887. — Homme 43 ans. Foie, généralisation aux poumons. Début 1 an.

1888. — Femme 47 ans. Ovaire. Début 6 mois.

1889. — Femme 40 ans. Foie. Début 2 mois.

1883. — Homme 45 ans. Intestin. Début quelques mois.

Nantes.

1890. — (Heurtaux). Femme 51 ans. Rectum. Début 18 mois.

Paris.

1873. — Homme 56 ans. Pharynx. Début 1 an.

1878. — Femme 57 ans. Gros intestin. Début 3 mois.

1884. — Femme 52 ans. Vésicule biliaire. Début 3 mois.

1886. — Femme 53 ans. Vésicule biliaire et foie. Début 2 mois.

1886. — Homme 51 ans. Cœcum. Début 15 mois.

1886. — Femme 52 ans. Utérus. Début 3 ans.

1883. — Homme 52 ans. Pylore et secondaire du foie. Début 2 mois.

1890. — Femme 50 ans. Ovaire. Début 3 mois.

1891. — Homme 54 ans. Colon. Début 10 mois.

Nantes.

1886. — (Heurtaux). Homme 66 ans. Région sous maxillaire. Début 4 ans.

1886. — (Gruget). Femme 60 ans. Rectum. Début 2 ans.

1884. — (Guillemet). Femme 62 ans. Ovaire. Début 5 mois.

1890. — (Poisson). Homme 60 ans. Rectum. Début 18 mois.

1888. (Laennec). Homme 77 ans. Estomac. Début 1 an.

Paris.

1875. — Homme 65 ans. Rectum. Début 18 mois.

1878. — Femme 66 ans. Rectum. Début 3 mois.

1879. — Femme 69 ans. Rectum. Début quelques mois.

1881. — Homme 63 ans. Iléon. Début 6 semaines.

1881. — Femme 60 ans. Foie. Début 6 mois.
1886. — Femme 66 ans. Sein. Début 18 ans.
1890. — Femme 60 ans. Sein. Début 5 à 6 ans.
1883. — Homme 67 ans. Rectum et foie. Début 8 mois.

Nantes.

1887. — (Poisson). Vieille femme. Rectum et anus. Marche lente.
1876. — (Gergaud). Femme 70 ans. Foie et généralisation aux autres viscères.
1889. — (Heurlaux). Femme 80 ans. Paupière inférieure. Début 3 ans.

Paris.

1874. — Femme 74 ans. Corps de l'utérus. Début 1 mois.
1879. — Homme 70 ans. S iliaque. Début 25 jours.
1881. — Femme 73 ans. Estomac. Début 2 ans.
1889. — Homme 81 ans. Ampoule de Water. Début 1 mois.

Ce qui ressort de cette énumération, c'est la fréquence de cette tumeur dans l'estomac et surtout dans l'intestin.

Comme le fait remarquer Lancereaux (1) dans son traité d'anatomie pathologique, c'est de préférence au niveau des parties rétrécies, ou bien au point de transition de revêtements épithéliaux différents, comme au col de l'utérus et au pylore, que ce néoplasme semble avoir plus de tendance à se développer.

Nous y rencontrons aussi quelques épithéliômes cylindriques dans le foie et le sein, développés sans doute aux dépens des cellules épithéliales des conduits biliaires des canaux galactophores.

Ces tumeurs envahissent rapidement les glandes

1. Lancereaux, Traité d'anatomie pathologique t. I.

lymphatiques et elles se généralisent dans les organes beaucoup plus souvent que le cancroide.

Cette généralisation est particulièrement fréquente dans le foie à la suite des lésions épithéliales de l'estomac, de l'intestin ou de l'utérus, elle débute comme nous le savons dans le système des canaux lymphatiques.

Son défaut de tendance à la guérison, l'infection et la cachexie qu'il détermine en font donc une affection grave au premier titre.

Cette gravité ne semble pas comme pour certaines tumeurs, décroître avec l'âge, c'est du moins ce qui semble découler de la marche rapide avec laquelle nous les avons vu évoluer chez bon nombre de vieillards.

La malignité de ces néoplasmes est proportionnelle à la richesse lymphatique de l'organe affecté, et en raison inverse du développement auquel parviennent ses éléments constituants. En un mot plus ses éléments sont développés moins cette altération a des tendance à se généraliser et à récidiver.

Nous avons recherché, dans les descriptions histologiques des cas que nous avons résumés, si dans la seconde moitié de l'existence, la structure des épithéliômes cylindriques présentait un cachet particulier.

Nous n'avons pas trouvé à cet âge plus qu'aux autres cette prédominance des éléments adultes qui, comme nous le disions tout à l'heure, semble atténuer la malignité de cette tumeur.

Cette constatation est du reste d'accord avec l'évolution que nous avons montrée aussi rapide dans la vieilleuse que dans l'âge adulte.

Epithéliôme polimorphe

On désigne sous le nom d'épithéliôme polymorphe une espèce d'épithéliôme dans laquelle on observe une trame variable et souvent des éléments épithéliaux variables. Le meilleur type de ces épithéliômes nous est fourni par les tumeurs dites hypertrophiques complexes de la parotide et des autres glandes salivaires. Dans ce groupe on peut faire rentrer la plupart des tumeurs dénommées myxomes ou chondromes de la parotide et probablement aussi (mais nous n'oserions faute de faits à citer être aussi affirmatif sur ce point les chondrômes du testicule.

On rencontre encore ces tumeurs à la peau de la face mais bien plus rarement. La collection de l'Ecole de Nantes en renferme deux cas, un qui fut envoyé au laboratoire par le professeur Trélat et un autre dû au docteur Lerat. Un certain nombre de tumeurs de l'ovaire pourraient être rangées dans ce groupe, mais de nouvelles recherches sont nécessaires.

Passons maintenant à l'étude des épithéliômes polymorphes que nous avons pu réunir. Le faible nombre que nous en présentons, la rareté relative de cette tumeur ne fait qu'augmenter l'intérêt de ces quelques cas.

Voici d'abord ces néoplasmes groupés selon leur époque d'apparition aux divers âges de la vie.

	Nantes	Paris	Total
0 10	1		1
10 20	0	0	7
20 30	7	0	7

30 40	6	1	7
40 50	2	1	3
50 60	2	2	4
60 70	0	0	0
70 80	1	0	1
Total.	19	4	23

Le petit nombre d'épithéliomes polymorphes que nous possédons, nous empêchera d'établir d'une manière positive, leur courbe de fréquence aux divers âges.

Cependant les quelques cas que nous possédons indiquent nettement que c'est entre 20 et 40 ans que cette tumeur a tendance à se développer, les deux tiers de nos néoplasmes ayant évolués pendant cette période.

Passons maintenant à l'énumération des cas qui pourront nous permettre de rechercher l'influence de l'âge sur la structure et la marche de ses tumeurs.

Nantes.

1879. — (Chenantais). Tumeur du testicule chez un enfant de 9 mois 1/2. Du volume d'une petite pomme, criblée de kystes à épithélium polymorphe.

1889. — (Poisson). Femme, 20 ans. Parotide (tumeur mixte). Début, 2 ans

1889. — (Garreau). Femme, 25 ans. Epithélio-chondrome de la glande sous-maxillaire. Début, 2 ans.

1890. — (Heurtaux). Sein droit. Femme, 24 ans. Début, 4 ans et demi.

1878. — (Jouon). Testicule. Homme, 24 ans. Début, 3 mois.

1888. — (De Larabrie). — Tumeur mixte de la parotide. Homme, 28 ans. Début, 18 mois.

1888. — (Poisson). Myxochondro-épithéliome. Fille, 26 ans. Début, 3 ans.

1889. — Epithelio-chondrôme de la glande sous-maxillaire. Homme, 25 ans.

1887. (Gruget). Mamelle. Femme, 35 ans. Début, 6 semaines.

1889. (Heurtaux). Ep. chondrome de la parotide. Homme, 35 ans. Début il y a 15 ans.

1883. — Tumeur envoyée par le professeur Trélat. Menton. Homme, 38 ans. Début, 8 mois.

1888. — (Poisson). Tumeur mixte de la parotide. Homme, 34 ans. Début, 10 ans.

1881. — Myxo-épithéliome, homme 30 ans.

1885. — Myxo-épithéliome de la parotide, homme 34 ans.

Paris.

1887. — (Pilliet). Homme, 36 ans, tumeur mixte de la parotide. Début 6 ans.

1890. — Femme 40 ans. Corps utérin. Début 8 mois. (Examen histologique de Paul Petit).

Nantes.

1887. — (Jouon). Parotide, femme 48 ans. Début 14 ans.

1887. — (Heurtaux). Région sous-maxillaire et buccale. Homme, 45 ans. Début 15 ans.

1889. — Montfort. Myxo-épithéliome de la glande sous-maxillaire, homme, 53 ans. Début 4 mois.

1885. — Tumeur complexe du testicule. Homme, 59 ans.

Paris.

1888. — Homme, 56 ans, larynx. Début 1 an. M. Cornil constate que les cellules sont essentiellement polymorphe.

1890. — Homme, 50 ans, Parotide (poids 1300 gr.) Début 25 ans.

Nantes.

1884. — (Lerat). Dos du nez. homme 70 ans. Début 12 ans.

Comme nous avons pu le constater par l'étude des cas que nous venons de résumer, dans les épithéliômes polymorphes, la trame peut présenter toutes les formes de la substance conjonctive, os, cartilage, tissu fibreux, tissu sarcomateux fusocellulaire ou fibro plastique, tissu muqueux, tissu élastique.

Au point de vue de la marche, les épithéliômes polymorphes se comportent d'une manière assez spéciale ; souvent il arrive que les masses épithéliales sont étouffées par la substance conjonctive, de sorte que la marche du néoplasme est presque arrêtée et demeure très lente pendant des mois et même des années ; mais malheureusement ce processus n'amène jamais la guérison complète. A un moment donné l'énergie proliférante de l'épithélium se réveille et la tumeur prend une marche de plus en plus maligne.

Quelle que soit la variété du tissu desubstance conjonctive qui forme la trame de la tumeur, l'influence de cette trame sur le développement des masses épithéliales se montre toujours analogue, sinon identique.

Ce fait est une confirmation de la loi de suppléance des tissus de substance conjonctive qui, soit à l'état normal, soit à l'état pathologique et surtout dans les tumeurs, se substituent les uns aux autres avec la plus grande facilité.

Les tumeurs mixtes des glandes salivaires donnent lieu à un pronostic variable et d'autant plus grave que la partie épithéliale se développe plus rapidement. Si le développement de la partie épithélialeest très rapide,elles peuvent marcher très vite et être très malignes. Lorsqu'au

contraire la partie conjonctive triomphe de la partie épithéliale, ces néoplasmes peuvent durer de longues années, s'accroître très lentement, se comporter en un mot comme une tumeur bénigne.

Ces divers processus ont été décrits dans la thèse de M. Pérochaud (1) faite elle aussi au laboratoire d'Histologie de Nantes.

Epithéliome intra glandulaire.

L'épitéliome intra glandulaire ou polyadénome de Broca est un épithéliome dont la prolifération est peu active et qui ne traverse pas la membrane de la glande où il est né, pour infecter le tissu conjonctif voisin.

Cette variété généralement bien limitée, enkystée, parfois kystique, est assez rare, nous n'avons pu en relever que cinq cas dans les bulletins de Nantes. On en trouvera une étude détaillée dans la thèse de M. Allaire (2). Les bulletins de Paris n'ont pu nous en fournir qu'un seul cas.

Voici tout d'abord leur mode de répartition aux différents âges de la vie.

	Nantes	Paris	Total
0-10			
10-20	1	—	1
20-30			
30-40	1	—	1

1. Pérochaud, thèse de Paris. 1885.
2. Contribution à l'étude du polyadénome. Allaire, Thèse de Paris. 1891.

40-50			
50-60	2		2
60-70	1		1
70-80		1	1
Total	5	1	6

Le petit nombre d'épithéliomes intra glandulaires que nous possédons nous empêche d'établir une courbe de fréquence aux différents âges.

Cependant les quelques cas que nous possédons indiquent nettement que cette tumeur est relativement rare avant cinquante ans. Deux cas en effet ont pu seulement être enregistrés avant cet âge, alors qu'au delà nous en trouvons quatre. Ce dernier chiffre est élevé si l'on songe au petit nombre de vieillards qui atteignent soixante-dix et quatre-vingts ans.

Voici en résumé les cas que nous avons pu recueillir :

Nantes.

1878. — (Chenantais). Ep. des glandes de Meibomius. Fille de 11 ans. Tumeurs bien enkystée.

1878. — (Heurtaux). Femme de 36 ans. Tumeur sous cutanée du sommet de la tête. Début 2 ans et demi, opération, puis récidive 6 mois plus tard. Tumeur bien ankystée.

1886. — (Heurtaux). Femme 50 ans. Nez.

1887. — (Heurtaux). Homme 59 ans. Ep. de la paroi abdominale. Début 8 mois.

1884. — (Malherbe). Femme 60 ans. Sur une production congénitale, un peu en dedans et au-dessus du sein. A commencé à grossir dépuis 18 mois. Actuellement volume d'une noisette.

Paris.

1891. — (Pilliet). Homme 74 ans. Présente depuis 10 ans

une tumeur du lobe droit du corps tyroïde, qui s'est accrue d'abord lentement et un peu plus rapidement depuis quelques mois.

Cette tumeur est en quelque sorte un degré intermédiaire entre l'adénome et l'épithéliome ordinaire.

Composée en effet de cellules métatypiques comme les autres épithéliômes; elle se rapproche de l'adénome en ce que longtemps elle peut comme lui rester enkystée.

Ce fait entraîne par lui-même un pronostic bénin.

Toutefois cette bénignité n'est pas un fait absolu, immuable; car il peut arriver tout à coup que la tumeur prenne les caractères de la malignité. Ces différences dans l'évolution tiennent à la vitalité des cellules épithéliales, à la résistance de la membrane d'enveloppe et des tissus environnants. — Rarement l'épithéliôme intraglandulaire reste inclus dans cette membrane d'enveloppe. S'il s'y confine il a des caractères nets et bien, tranchés qui permettent de l'étudier à part et de le considérer comme une variété d'épithéliome bénin. C'est le cas de cet homme de 74 ans, décrit par M. Pilliet dans les bulletins de la société anatomique de Paris, année 1891. Cet individu fut pendant dix ans porteur d'un épithéliome intraglandulaire du corps tyroïde sans que la membrane d'enveloppe fut altérée.

Son âge avancée fut peut-être pour quelque chose dans la lenteur de cette évolution et dans la structure résistante et en quelque sorte imperméable de la poche, la rareté de cette tumeur ne nous permet pas encore de résoudre affirmativement cette hypothèse.

Tableau des diverses espèces d'épithéliomes suivant les âges (1).

	0 à 10 ans			10-20			20-30			30-40			40-50			50-60			60-70			70-80			80-90			Ages non indiqués		
	Nantes.	Paris.	Total.	Nantes.	Paris.	Total.	Nantes.	Paris.	Total.	Nantes.	Paris.	Total.	Nantes.	Paris.	Total.	Nantes.	Paris.	Total.	Nantes.	Paris.	Total.	Nantes.	Paris.	Total.	Nantes.	Paris.	Total.	Nantes.	Paris.	Total.
Carcinome encéphaloïde	0	1	1	1	1	2	3	3	6	7	11	18	14	12	26	9	13	22	5	13	18	4	4	8	0	2	2	6	8	14
Fibreux	0	0	0	0	0	0	1	2	3	8	10	18	26	7	33	30	11	41	24	15	39	3	10	13	0	0	0	36	8	44
Colloïde	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	6	8	5	4	9	1	4	5	1	5	6	3	0	3	0	0	0	9	3	12
Mélanique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	4	3	7	1	4	5	4	1	5	0	1	1	0	0	0	2	1	3
Epithéliome pavimenteux lobulé	0	0	0	1	1	2	0	2	2	4	1	5	22	7	29	36	13	49	47	10	57	33	2	35	7	0	7	55	5	60
tubulé	0	0	0	1	0	1	1	2	3	7	4	11	20	6	26	19	10	29	23	11	34	10	6	16	1	1	2	41	4	45
diffus	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	0	2	0	0	0	1	1	2	2	0	2	0	0	0	2	0	2
calcifié	4	0	4	3	0	3	3	2	5	0	1	1	2	0	2	2	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	6	0	6
Epithéliome cylindrique	0	0	1	0	0	0	1	4	5	1	2	3	5	9	14	7	10	17	5	11	16	4	7	11	1	1	2	11	6	17
polymorphe	0	0	1	0	0	0	7	0	7	6	1	7	2	1	3	2	2	4	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
intraglandulaire	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	2	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0
(Tumeurs ne portant que la dénomination vague de cancer)	0	0	0	0	0	0	6	4	10	9	19	28	39	45	84	48	55	103	33	43	76	12	23	35	0	3	3	»	»	»

1. Ce tableau contient tous les épithéliomes décrits dans les Bulletins de la Société anatomique de Nantes et de Paris 1870 à 1892.

CONCLUSIONS

1. — L'épithéliome en général est une maladie de la vieillesse présentant son maximum de fréquence entre cinquante et soixante ans.

2. — Quelques espèces font exception, ainsi les deux tiers des épithéliomes calcifiés que nous possèdons se sont développés avant trente ans.

3. — Les épithéliomes polymorphes ont également tendance à paraître dans la première moitié de la vie, et de préférence entre vingt et quarante ans.

4. — Certaines conditions traumatiques et en particulier les cicatrices de brûlures font apparaître les épithéliomes vulgaires à un âge et dans des régions où l'on n'a guère occasion de les rencontrer d'habitude.

5. — L'influence de l'âge sur les épitéliomes nous semble pouvoir se résumer ainsi.

1° Chez les très jeunes sujets (de 8 à 15 ans), ces néoplasmes paraissent plus bénins que chez l'adulte.

2° Chez l'adulte (de 20 à 48 ans), la gravité paraît atteindre son maximum.

3° Chez les vieillards très âgés les épithéliomes paraissent retardés dans leur marche et prennent une allure relativement bénigne.

VU :

Le président de la thèse,

LABOULBÈNE

VU :

Le doyen,

BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

TABLE

Introduction 5

Chapitre I. . Considérations sur l'épithéliome en général. 8

Classification 12

Tableau d'ensemble des épithéliomes 12

Chapitre II . Tableau des diverses espèces du genre épithéliome 21

Chapitre III. Tableau d'ensemble du Carcimone. 30

Carcimone encéphaloïde 32

Carcimone fibreux 39

Carcimone colloïde. 47

Carcimone mélanique. 52

Chapitre IV. Tableau d'ensemble des épithéliomes pavimenteux. 57

Epithéliome pavimenteux lobulé. 58

Epithéliome pavimenteux tubulé. 68

Epithéliome pavimenteux diffus. 76

Epithéliome pavimenteux calcifié 78

Epithéliome pavimenteux cylindrique. . . . 83

Epithéliome pavimenteux polymorphe. . . . 89

Epitheliome pavimenteux Intraglandulaire . 93

Conclusions 97

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Allaire. Thèse de Paris. 1891.

Bard. Anatomie pathologique des tumeurs en général. Archives de Physiologie, 1885. Des tumeurs du type épithélial. Archives de Physiologie. 1886.

Broca. Traité des Tumeurs, tome I. Remarques sur l'étiologie, la propagation, et la récidive de l'épithéliome.

Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, 1861. 2e série, tome I.

La collection des Bulletins de la Société anatomique de Nantes jusqu'en 1892.

La collection des Bulletins de la Société anatomique de Paris, depuis 1870 jusqu'en 1892.

Chenautais. Thèse de Paris. 1880.

Cornil et Ranvier. Histhologie pathologique. 2e édition 1884.

Cruveilhier. Traité d'anatomie pathologique générale.

Heurtaux. Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie. Tome VI, article cancer.

Durand. Epithéliome primitif des cicatrices. Th. Paris, 1887.

King. Fréquence du cancer suivant les âges et les sexe, London méd. gaz. 1845, et Gaz. médicale, 1846, p. 275.

Lancereaux. Traité d'anatomie pathologique, 1889.

Lebert. Traité des affections cancéreuses, 1851.

Malherbe. Archives de physiologie, 1881.

Recherches sur l'épithéliome calcifié des glandes sébacées, 1882.

Mathieu. Th. de Lyon, 1889.

Renoul. Th. de Paris. 1892.

Pérochaud. Th. de Paris 1885.

Tanchou. De la fréquence du cancer, 1843 et Gazette Médicale, 1843, p. 488.

Toché. Th. de Paris, 1888.

Wirchow. Traité des tumeurs, tome I.

Wilckens Thèse de Gœttingue, 1858.

Paris. — Imprimerie de la Faculté de médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine